

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1915-1916

2^e Série

N° 45

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PLAIES ET ULCÉRATIONS

DE LA
Carotide interne extra-cranienne

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Mai 1916

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

GRIMAULT Lucien

Né le 17 Mars 1888, à Dieue (Meuse)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. VAUTRIN, professeur.	<i>Président</i>
		P. PARISOT, professeur	} <i>Juges</i>
		FRÖELICH, agrégé . . .	
		G. GROSS, agrégé . . .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, VI^e

—
1916

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PLAIES ET ULCÉRATIONS

DE LA

Carotide interne extra-cranienne

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Mai 1916

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

GRIMAULT Lucien

Né le 11 Mars 1888, à Dieue (Meuse)



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

{	MM. VAUTRIN, professeur.	<i>Président</i>
	P. PARISOT, professeur	
	FROELICH, agrégé. . .	<i>Juges</i>
	G. GROSS, agrégé. . .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, VI^e

1916

UNIVERSITÉ DE NANCY. FACULTE DE MÉDECINE

Doyen : M. MEYER, *, I ☉.

Assesseur : M. WEISS, *, I ☉.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O *, I ☉.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, *, I ☉; NICOLAS, I ☉; PRENANT, *, I ☉; BERNHEIM, O *, I; F. GROSS, O *, I ☉.

Professeurs

Physique médicale
Médecine opératoire
Clinique chirurgicale
Chimie médicale et Toxicologie
Clinique obstétricale et Accouchements
Hygiène
Physiologie
Clinique médicale.
Histoire naturelle médicale
Clinique ophtalmologique
Médecine légale
Clinique des Maladies des Enfants.
Histologie
Anatomie descriptive
Anatomie pathologique
Clinique médicale.
Clinique chirurgicale
Pathologie interne et Pathologie générale..

M. CHARPENTIER, *, I ☉.
M. CHRÉTIEN, I ☉.
M. WEISS, *, I ☉.
M. GARNIER, I ☉.
M. A. HERRGOTT, *, I ☉.
M. MACÉ, I ☉.
M. MEYER, *, I ☉.
M. SIMON, I ☉.
M. VUILLEMIN, I ☉.
M. ROHMER, I ☉.
M. P. PARISOT, *, I ☉.
M. HAUSHALTER, I ☉.
M. BOUIN, I ☉.
M. ANCEL, I ☉.
M. HOCHÉ, I ☉.
M. ÉTIENNE, I ☉.
M. VAUTRIN, I ☉.
N.

Professeur-Adjoint

Clinique d'Électrothérapie

M. GUITOZ, *, I ☉.

Chargés de cours complémentaires

Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie
Clinique des Voies urinaires
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique des Maladies syphilitiques et cutanées
Médecine opératoire
Clinique chirurgicale élémentaire (1)
Clinique des Maladies mentales
Clinique des Maladies des Vieillards
Accouchements
Clinique des maladies tuberculeuses (1)
Clinique des maladies tuberculeuses (1)
Thérapeutique et Matière médicale
Clinique médicale élémentaire (1)
Pathologie externe

M. FROELICH, I ☉, agrégé libre.
M. ANDRÉ, *, I ☉, agrégé libre.
M. JACQUES, I ☉, agrégé libre.

M. L. SPILLMANN, I ☉, ag. libre.
M. MICHEL, I ☉, agrégé libre.
M. MICHEL, I ☉, agrégé libre.
M. PARIS, I ☉.
M. RICHON, I ☉, agrégé.
M. FRUHHINSHOLZ, I ☉, agrégé.
M. PERRIN, A ☉, agrégé.
M. J. PARISOT, A ☉, agrégé.
M. N.
M. N.
M. N.

Agrégés en exercice

MM.
GUILLOZ, *, I ☉.
LAMBERT, I ☉.
RICHON, I ☉.
G. GROSS, I ☉.
FRUHHINSHOLZ, I ☉.

MM.
COLLIN, A ☉.
SENCERT, *, I ☉.
ROBERT, I ☉.
BUSQUET, A ☉.
LUCIEN, *, A ☉.

MM.
BINET, A ☉.
PERRIN, A ☉.
THIRY, I ☉.
FAIRISE, A ☉.
J. PARISOT, A ☉.

Agrégés libres

MM. REMY, A ☉, FÉVRIER, O *, I ☉, FROELICH, *, I ☉.
JACQUES, I ☉, ANDRÉ, *, I ☉, MICHEL, I ☉, L. SPILLMANN, I ☉.

M. H. COIFFARD, I ☉, Secrétaire.

1. Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de profonde affection.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. GROSS

Officier de la Légion d'honneur

*En reconnaissance des leçons et des
conseils qu'il m'a prodigués.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

A MA TANTE ÉLISABETH COUSIN

A MES PARENTS

A MES AMIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PLAIES ET ULCÉRATIONS
DE LA
Carotide interne extra-cranienne

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

HISTORIQUE

Pendant le cours de cette année d'internat, nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de plaie de la carotide interne extra-cranienne, le premier, dans le service de notre Maître, M. le professeur Gross, et le second, étant de garde à l'hôpital, nous avons été appelé à donner les premiers soins à un enfant dont nous rapporterons plus loin l'intéressante histoire clinique.

Suivant les conseils de notre Maître, nous avons

cherché dans la littérature médicale les cas analogues à ceux que nous possédions et nous avons été frappé par l'analogie qu'on rencontrait souvent entre les symptômes impressionnants succédant aux plaies de la carotide interne et ceux que l'on pouvait trouver dans les ulcérations de ce même vaisseau ; c'est pourquoi nous avons réuni dans ce mémoire ces deux variétés de lésions, qui ne diffèrent guère l'une de l'autre que par leur étiologie.

En effet, l'une comme l'autre s'accompagnent d'hémorragies plus ou moins graves et peuvent donner lieu à des hématomes et anévrismes faux et même à des anévrismes artério-veineux (1).

Si l'historique des plaies de la carotide interne ne présente rien de bien intéressant à signaler, il n'en va pas de même des ulcérations. La première observation de ce genre fut publiée par Liston (2), en 1841; à ce moment, on n'admettait pas la possibilité de l'ulcération d'un vaisseau au contact d'un foyer purulent, aussi la lecture de cette observation provoqua à la Société royale de Chirurgie de Londres, une très vive discussion. Les adversaires de Liston

1. Mackimurdo, *Anévrisme artério-veineux de la carotide interne et de la jugulaire consécutif à une inflammation strumeuse des ganglions du cou. A treatise of the structure, diseases and injuries of the Blood vessels.* London, 1847, p. 283 (*Bull. Soc. de Chir.*, oct. 1882. Monod.).

2. Liston, *Un cas d'anévrisme faux de la carotide interne.* Lancet, 1841.

étaient en grand nombre, niaient la possibilité même du fait, à quoi Liston répondit avec beaucoup d'à-propos: « Je vous apporte une observation dûment constatée, je m'en porte garant, et devant un fait, une théorie doit s'incliner ».

L'opinion de Liston à ce sujet n'était pas encore admise en 1859, deux observations vont nous le prouver.

La première est de Stanley (1) qui relate le cas d'un abcès de l'amygdale ponctionné par un médecin, le malade présenta quelques jours après des hémorragies foudroyantes. Stanley lia la carotide primitive, mais des accidents encéphaliques tardifs enlevèrent le malade. L'auteur suppose que la ponction faite maladroitement avait blessé la carotide interne; mais s'il en était ainsi l'hémorragie aurait immédiatement succédé à cette intervention. Il est donc plus naturel de penser que le processus ulcératif a occasionné quelques jours après, une perforation de la carotide interne.

La deuxième observation est de Chassaignac (2): « Ce chirurgien fut appelé à donner ses soins à un malade présentant une tumeur fluctuante considé-

1. Stanley, *The lancet*, 1859, t. II, p. 509; et 1860, t. I, p. 35.

2. Chassaignac, *Médecine opératoire*, t. I, p. 326: Abscess rétro-pharyngien. Ouverture de la carotide accidentellement placée au-devant du foyer purulent. Hémorragie foudroyante. Ligature immédiate de la carotide primitive. Guérison.

nable de la base de la mâchoire inférieure et proéminent dans le pharynx. Chassaignac pensa à un abcès rétro-pharyngien et ponctionna, par la bouche, la tumeur au bistouri. A l'instant même il s'écoula un jet de sang rutilant et d'une abondance extrême qui inonda la bouche du malade menacé de suffocation. L'index fut aussitôt porté dans la plaie pour diminuer l'hémorragie pendant que la ligature immédiate de la carotide primitive fit l'hémostase d'une façon complète et définitive ». Chassaignac pensa qu'il avait blessé la carotide interne anormalement placée dans la paroi postérieure du pharynx... On peut admettre avec Ehrmann et Monod que dans ce cas l'abcès, au moment de l'accident, avait déjà amené une perforation de l'artère.

Le Dentu (1) le premier en France, attira l'attention sur l'ulcération des vaisseaux au contact de foyers inflammatoires.

Mais c'est Charles Monod (2), qui mit hors de doute cette question de l'ulcération des artères, et dans son travail il consacre quelques passages pour démontrer la possibilité de l'ulcération de la carotide interne dans les amygdales aiguës.

Nous avons réuni un certain nombre d'observa-

1. Le Dentu, *Mémoire de la Société de Chirurgie*, t. VII, p 575.

2. Charles Monod, *De la perforation des artères au contact des foyers purulents ou inflammatoires* (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 25 octobre 1882).

tions d'ulcérations de la carotide interne non seulement dans l'amygdalite aiguë, mais dans d'autres affections ; et c'est sur ce recueil que nous avons basé notre travail.

ANATOMIE — AIRE DE VULNÉRABILITÉ

A son origine, la carotide interne est située un peu en dehors de la carotide externe. Mais après un parcours de 10 à 20 millimètres, elle s'infléchit sur elle-même et se dirige obliquement en haut et en dehors. Arrivée sur le pharynx, la carotide interne redevient verticale et s'élève alors jusqu'à l'orifice inférieur du canal carotidien.

Dans ce trajet extra-cranien la carotide interne traverse l'espace maxillo-pharyngien, espèce d'angle dièdre à sommet antérieur.

Cet angle dièdre est limité en dedans par la paroi pharyngée, en arrière par les muscles prévertébraux et l'aponévrose prévertébrale, et latéralement par l'apophyse styloïde et ses muscles ainsi que par le muscle ptérygoïdien interne logé le long de la branche ascendante du maxillaire inférieur.

Dans l'angle externe de cet espace, rempli par du tissu cellulo-grasieux se trouvent les vaisseaux : la veine jugulaire interne en dehors, l'artère en dedans, le pneumogastrique et le sympathique en arrière. Si on fait des coupes horizontales dans cet espace

suivant la hauteur de ces coupes on y trouve le nerf accessoire, l'hypoglosse et le glosso-pharyngien.

Dans ce tissu cellulo-graisseux on trouve en outre de nombreux ganglions lymphatiques, l'artère pharyngée ascendante et les deux artères palatines, toutes les deux près du fascia bucco-pharyngé.

Pratiquement on peut diviser la carotide interne en trois portions :

La première (portion initiale) recouverte par le sterno-cleïdo mastoïdien ;

La deuxième se trouve dans la gouttière formée par l'apophyse mastoïde et la branche ascendante du maxillaire inférieur en dessous de la carotide externe ;

La troisième portion enfin est recouverte par l'apophyse styloïde et ses muscles (stylo-hyoïdien, stylo-pharyngien et stylo-glosso).

Il est évident que les traumatismes peuvent le plus facilement atteindre l'artère dans les deux premières parties et dans ce cas on aura une hémorragie immédiate, tandis que dans la troisième partie l'hémorragie sera moins abondante et on aura plus facilement la formation d'un hématome ou d'un anévrisme faux.

Les processus inflammatoires qui partent de l'amygdale et du pharynx attaqueront plus facilement la troisième partie.

Un hématome artériel traumatique ou succédant à un processus inflammatoire intéressant la partie supérieure de l'artère se trouve gêné dans son expan-

sion en arrière par la colonne vertébrale, en dehors par l'apophyse styloïde et ses muscles, voilà pourquoy il se développe vers le côté interne où il trouve le moins de résistance et progresse vers la ligne médiane ; on voit alors la paroi latérale du pharynx se tuméfier vers l'intérieur, en même temps l'hématome s'étend vers l'avant et soulève l'un après l'autre le pilier postérieur, l'amygdale et enfin le pilier antérieur et cela parce que cette paroi ne présente pas de résistance.

Si l'hématome se trouve localisé plus bas, à l'endroit où la carotide passe sous le digastrique, l'extension vers l'intérieur sera moindre, car dans ce cas l'anévrysme trouve assez de place pour se développer en dehors.

Si l'artère a été lésée dans sa deuxième portion le saignement se fera plus facilement en dehors entre l'apophyse mastoïde et l'angle de la mâchoire. Enfin si la lésion est située très bas on ne trouvera qu'une tumeur extérieure et absolument rien à l'intérieur.

Toutefois dans les cas individuels nous trouverons quelques différences, suivant que l'inflammation de la paroi aura débuté dans le pharynx, l'amygdale ou le voile du palais, ou bien suivant la direction du traumatisme qui a lésé l'artère.

Les rapports exacts entre la carotide interne et l'amygdale sont intéressants à signaler car Chas-saignac attribuait les hémorragies graves de l'amygdalotomie à des lésions de la carotide interne (1).

1. Descamps. Thèse de Paris, 1908.

Testut et Jacob ont démontré que la face extérieure de l'amygdale n'a aucun rapport avec la carotide interne, la jugulaire et la pneumogastrique.

D'après Testut un intervalle de 20 à 25 millimètres sépare la carotide interne de l'amygdale.

Rieffel (1) qui a étudié cette question a montré que l'espace tonsillaire pouvait entrer en communication avec l'espace carotidien par trois interstices: l'interstice stylo-pharyngien, entre le stylo-pharyngien et le stylo-glosse; l'interstice interstylien, entre le stylo-glosse et le stylo-hyoïdien; l'interstice stylo-ptérygoïdien, entre le stylo-hyoïdien et le ptérygoïdien interne; cette notion anatomique est assez importante à connaître car elle nous explique comment une inflammation amygdalienne peut gagner la gaine des vaisseaux et ulcérer la carotide interne.

Ce vaisseau bien protégé, surtout dans ses deuxième et troisième portions, ne peut être blessé que par les instruments vulnérants qui pénètrent dans des régions assez limitées que nous appellerons *aire de vulnérabilité*.

Aire cervico-faciale.

Pour blesser l'artère dans sa deuxième et troisième portion le corps vulnérant devra pénétrer entre l'apophyse mastoïde et la branche montante du

1. Rieffel, *Rapports de l'amygdale avec les vaisseaux carotidiens*. Paris, 1892.

maxillaire ; c'est le cas de notre première observation.

La première partie de l'artère étant plus superficielle et n'étant pas abritée par le squelette, sera vulnérable sur une plus grande étendue, qui est la partie supérieure de la région sterno-cleïdo-mastoïdienne.

Il est évident que ces considérations n'ont de valeur que pour les plaies par instruments tranchants présentant un trajet rectiligne ; il n'en va pas de même des projectiles d'armes à feu qui peuvent parcourir dans les tissus des trajets très capricieux.

Aire intra-pharyngée.

Un corps vulnérant pénétrant par la bouche et produisant une blessure dans le pharynx, pourra facilement atteindre la carotide interne, nous en possédons plusieurs observations (Mayo, Keith, Uze) que nous rapporterons plus loin.

CHAPITRE II

Les plaies de la carotide interne extra-cranienne

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le professeur Gross)

Plaie de la carotide interne gauche. — Formation d'un volumineux hématome. — Hémorragies secondaires trois semaines après. — Ligature de la carotide primitive. — Mort.

É. H..., âgé de trente-quatre ans, en sortant d'un cabaret, le 25 octobre 1913, reçut un coup de couteau dans la région rétro-maxillaire gauche, au-dessous du lobule de l'oreille. Il en résulta une hémorragie abondante. Des amis le trouvèrent, quelques instants après, inanimé et baignant dans son sang, à l'endroit même où il avait été frappé ; l'hémorragie s'était arrêtée spontanément.

On ramena le blessé à son logis où il reprit connaissance.

Le lendemain on vit se former une tuméfaction dans la

région sous-maxillaire, et qui augmenta les jours suivants.

Depuis l'accident aphonie complète et céphalée.

La tumeur commençait à regresser et on espérait une guérison spontanée lorsque :

13 novembre. — Dans la soirée, brusquement et sans cause appréciable, le blessé présente une hémorragie buccale abondante qui se reproduit le lendemain 14 dans la matinée. On fait alors transporter le malade à l'hôpital, après avoir bourré quelques mèches dans la cavité buccale et placé un pansement compressif sur la plaie extérieure pour faire l'hémostase.

14 novembre. — Le malade arrive à l'hôpital dans la soirée. On constate sous le lobule de l'oreille gauche la présence d'une plaie linéaire orientée de haut en bas et d'arrière en avant, de deux centimètres de longueur, les extrémités en sont aiguës, les bords sont ecchymotiques, la cicatrisation de cette plaie n'est pas encore faite.

Cette plaie est accompagnée d'une tuméfaction considérable des régions parotidiennes et sous-maxillaire gauches.

Cette tuméfaction va en avant jusqu'à la ligne médiane, en arrière ne dépasse pas la mastoïde. En haut elle ne reste pas localisée à la région sous-maxillaire mais empiète sur la joue, de même en bas elle descend jusqu'à la région moyenne du cou.

Cette tumeur volumineuse est dure dans toute son étendue, en aucun point elle n'a de fluctuation, elle n'est pas expansive et ne présente pas non plus de battements.

A l'auscultation on n'entend pas de souffle.

La peau à sa surface n'est pas modifiée.

Les battements temporaux paraissent synchrones et égaux des deux côtés.

Le blessé était pâle, présentait un teint absolument cireux; le poulx battait à 120, il n'avait pas de température. De temps en temps il expectorait quelques crachats sanguinolents.

L'examen de la bouche était rendu impossible par un trismus très marqué.

Ne connaissant pas l'histoire clinique du blessé et surtout ignorant les hémorragies antérieures qu'il avait présentées, ces détails n'ayant été donnés qu'après la mort, on se contenta de panser la plaie extérieure.

Le lendemain de son arrivée :

15 novembre. — A la suite d'une quinte de toux, le blessé fut pris d'une hémorragie terrible : il rendait le sang à flots par la bouche ; par la plaie extérieure le sang jaillissait à 50 centimètres de distance en un jet du calibre d'un fétu de paille.

La compression de la carotide, sur le tubercule de Chassaignac fut faite immédiatement et remplacée quelques instants après la ligature de la carotide primitive. Mais malgré cela, malgré les injections intra-veineuses de sérum artificiel le malade succomba.

17 novembre. — L'autopsie nous a donné les renseignements suivants :

L'exploration du trajet montre qu'il passe en arrière du maxillaire inférieur vers le milieu de sa hauteur.

Outre les signes extérieurs, que nous avons déjà signalés, on constate en ouvrant la bouche de force qu'à gauche la

langue est soulevée par la tumeur sous-maxillaire que nous avons déjà signalée.

Il existe une plaie de 3 centimètres de longueur commençant en arrière de la dernière molaire supérieure et intéressant le voile du palais.

La région amygdaliennegauche est repoussée vers la ligne médiane, la luette est rejetée vers la droite.

Dans le tissu parotidien et sous la glande, accumulation de caillots et de liquide hémorragique en grande abondance, formant un foyer énorme s'étendant également en arrière du maxillaire inférieur. Le contenu de ce foyer était en voie de putréfaction et était entouré par une véritable paroi d'abcès.

Cette poche est vidée de son contenu et on trouve en arrière, près de l'apophyse styloïde gauche, un gros thrombus en voie d'organisation, le thrombus enlevé on voit un vaisseau artériel presque complètement sectionné qui est la *carotide interne*, les deux extrémités sont réunies par une petite languette à la partie postérieure du vaisseau.

La partie interne de la poche communique avec la bouche par la plaie que l'examen de la cavité buccale avait déjà permis de constater.

Il n'existait aucune lésion de l'encéphale et du crâne, la carotide interne intra-cranienne était perméable.

OBSERVATION II

(Recueillie étant de garde à l'hôpital civil de Nancy dans le service de M. le professeur agrégé Frœlich).

Plaie de la carotide interne gauche.

Hémorragie foudroyante. — Mort rapide.

Le 5 décembre 1913 on amène à l'hôpital dans l'après-midi, un enfant âgé de neuf ans, couvert de sang ainsi que son père qui le portait dans ses bras.

Cet enfant était exsangue, les extrémités froides, le pouls imperceptible, les muqueuses décolorées et la pâleur qu'il présentait témoignait de l'abondance extrême de l'hémorragie qu'il venait d'avoir.

Il présentait au cou, dans la région sous-maxillaire gauche, une plaie de 4 centimètres de longueur environ, curviligne, à concavité dirigée en haut et en avant, siégeant au-dessus et en arrière de l'angle gauche du maxillaire inférieur.

La plaie était profonde, anfractueuse se dirigeant de dehors en dedans et un peu de bas en haut.

Je la débarrassai des caillots qu'elle contenait et je l'explorai dans tous les sens afin de pouvoir pincer et lier, si possible, le vaisseau blessé qui avait saigné; mais, comme il ne s'écoulait pas une goutte de sang de la plaie et que l'enfant était mourant, je me suis contenté de tamponner la cavité et de la recouvrir d'un pansement ouaté compressif.

On réchauffa ensuite l'enfant; injections massives de sérum artificiel puis injections hypodermiques d'huile camphrée et spartéine.

Je quittai alors l'enfant qui avait repris connaissance, recommandant bien qu'on me prévienne s'il recommençait à saigner.

Quelques instants après on me téléphonait que le pansement était imbibé de sang ; à peine étais-je arrivé que l'enfant succombait à cette deuxième hémorragie tout à fait minime.

Voici comment l'accident s'était produit : envoyé par ses parents faire des emplettes, l'enfant revenait à la maison lorsqu'il tomba sur une bouteille qu'il portait et qui se brisa ; la chute se fit si malheureusement qu'un éclat de verre produisit la blessure que nous avons décrite. L'enfant eut le courage d'achever en courant le court trajet qui lui restait, en appliquant sa main sur la plaie d'où s'échappait un jet de sang intermittent.

Son père le transporta dans la pharmacie voisine où on essaya en vain d'arrêter l'hémorragie avec les hémostatiques en vogue.

Comme l'enfant déclinait rapidement, on se décida après un quart d'heure perdu inutilement, à transporter le blessé à l'hôpital où il n'arriva que trois quarts d'heure après l'accident ; en cours de route l'enfant eut une syncope pendant laquelle l'hémorragie s'arrêta et c'est dans cet état alarmant que nous avons été appelé à lui donner nos soins.

L'autopsie complète n'a pu être faite, cependant un examen local *post-mortem* a permis de vérifier que le morceau de verre avait produit une petite plaie transversale de la carotide interne, à quelques millimètres au-dessus de la bifurcation.

OBSERVATIONS RECHERCHÉES

OBSERVATION III

(SCHWARTZ, Journal de chirurgie 1911, t. VIII. — Chirurgitchesky Arch. Veliaminova, t. XXVII. N° 5, 1911, p. 1175).

Plaie de la carotide interne par un éclat de fer incandescent.

Il s'agit d'un forgeron de vingt-deux ans qui, étant à son travail, fut blessé au cou par un fragment de fer incandescent détaché de la pièce qu'il forgeait. Le blessé put retirer lui-même le fragment de la plaie, mais il se produisit alors une violente hémorragie qu'un de ses camarades arrêta par compression digitale. Le blessé fut aussitôt amené à l'hôpital.

Là, on constata, sur le côté gauche du cou, à la hauteur de l'angle de la mâchoire, à 2 millimètres en dehors du bord antérieur du sterno-mastoidien, une plaie transversale, de 25 millimètres de longueur, pleine de caillots. L'hémorragie s'était arrêtée, mais la partie supérieure du cou était occupée par un volumineux hématome pulsatile.

Intervention immédiate. Débridement de la plaie. Après évacuation des caillots, il se fait dans la profondeur une très forte hémorragie artérielle qu'on arrête par la compression digitale. Faisant alors comprimer par un aide la carotide

primitive contre l'apophyse transverse de la VI^e cervicale, on isole et on récline en dehors le sterno-mastoïdien qui a été entièrement traversé par l'agent vulnérable et on reconnaît l'existence d'une plaie *sur la carotide interne*, à 1 centimètre au-dessus de son origine. L'artère est sectionnée sur les trois quarts de sa circonférence et seul un pont étroit de paroi intacte réunit encore les deux bouts. Ligaturé des deux bouts mais, à cause de la proximité de la bifurcation de la carotide primitive, Schwartz craint pour la solidité de la ligature, et, en effet, sous l'influence de vomissement, il se fait une légère hémorragie par le bout central.

Aussi se décide-t-il à lier la carotide primitive à 1 centimètre au-dessous de sa bifurcation.

Suites opératoires excellentes : aucun phénomène cérébral, sauf de la céphalée pendant les deux premiers jours.

OBSERVATION IV

(Fancello, Gazetta degli ospedali et delle cliniche
26 juillet 1908).

*Plaie de carotide interne droite et mort par phlébothrombose
diffuse et ramollissement cérébral.*

J. U..., âgé de quarante-huit ans, cultivateur, sortait d'un cabaret en état d'ébriété, dans la soirée du 6 février, lorsqu'il reçut un coup d'une arme piquante et tranchante dans la région préamiculaire droite. Cette blessure occasionna une hémorragie abondante, dont on retrouva des traces sur tout le trajet qu'il avait parcouru pour regagner son domicile.

Le lendemain matin le blessé fut trouvé au pied de son lit sans connaissance, l'hémorragie était arrêtée.

Un médecin vint lui donner ses soins vers 9 heures du matin, il constata une plaie d'apparence légère en avant du pavillon de l'oreille droite.

Le blessé semblait encore sous l'influence de l'alcool, il répondait en grommelant aux questions qu'on lui posait, il avait les yeux demi-fermés.

La plaie fut suturée.

Dans la journée l'état s'aggrava, la^a déglutition devint impossible ; au cou, on vit se développer une^e tuméfaction assez volumineuse.

On transporta le blessé à l'hôpital dans la soirée ; à ce moment il était dans le coma, la respiration était stertoreuse, pouls 120, température 37°3. Les yeux étaient presque fermés, avec mydriase bilatérale, persistant à la lumière, léger déplacement de l'angle labial droit, hémiplegie gauche.

Tuméfaction et ecchymose à la partie supérieure droite du cou.

Il y avait à droite une plaie qui allait de la fossette préauriculaire, se prolongeait sur la paroi cartilagineuse postérieure du conduit auditif externe, la plaie avait environ 1 centimètre de longueur et était suturée.

Le 8, la plaie fut sondée, et on constata que la direction n'allait pas vers le crâne mais se dirigeait en bas et en dedans, il en sortit du sang noir qui fit penser à une lésion de la jugulaire interne, on tamponna immédiatement la plaie avec de la gaze.

L'hémorragie se reproduisit plusieurs fois dans la journée, chaque fois on utilisa ce traitement pour l'arrêter.

Les symptômes s'aggravèrent et il apparut une circulation collatérale très marquée à la partie supérieure du thorax et la région droite du cou.

La mort survint le 9 février, on l'attribuait à une hémorragie cérébrale.

L'autopsie fut exécutée le 10, on trouva à l'inspection générale du cadavre la tuméfaction et la circulation collatérale, déjà citée, la veine jugulaire interne était thrombosée.

La plaie ne pénétrait pas dans le crâne, elle avait sectionné la partie cartilagineuse du conduit auditif externe sur 1 centimètre de longueur, elle intéressait également la glande parotide.

La temporale superficielle, branche de la carotide externe, était sectionnée.

L'autopsie permit de constater que le trajet de la plaie se dirigeait en bas et en arrière jusqu'à la carotide interne droite qui était blessée et présentait une petite plaie formée par un caillot, cette plaie siégeait sur la carotide à la hauteur de la pointe de l'apophyse styloïde.

L'artère était thrombosée, le thrombus remontait en haut jusqu'au canal carotidien et en bas descendait à 2 centimètres de la plaie.

On constatait un ramollissement rouge de l'hémisphère droit du cerveau.

OBSERVATION V

(Boblio, Giorn. de R. Acad. de Torino, n° 1, 2, 1905
in Zentralblatt für Chirurgie, 1905).

Anévrisme faux de la carotide interne

Coup de couteau dans la joue gauche de haut en bas et de dehors en dedans. Volumineux hématome descendant jusqu'à la fosse sus-claviculaire.

Résorption spontanée après quoi se développa une tumeur pulsatile de la région sous-maxillaire et parotidiene et allant jusqu'à la colonne vertébrale.

Les artères temporales battaient d'une façon synchrone.

Il se développa ensuite un anévrisme de la carotide interne qui fut traité par la ligature de la carotide primitive.

La tumeur guérit, mais il persista une paralysie de la corde vocale gauche et de l'hypoglosse gauche.

OBSERVATION VI

(Lewenstern, Gaz. lizarska, 1901 ur. 26 cit. nach. Centrall. f. Chir., 1901 in Werner Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1903, t. 67, p. 591).

Plaie de la carotide interne

Un homme, âgé de vingt-neuf ans, reçoit un coup de cou-

teau dans la région temporale droite. Il se produit une hémorragie abondante arrêtée par compression.

Le jour suivant difficulté pour avaler, gonflement à l'angle du maxillaire et les jours suivants ce gonflement a augmenté rapidement, avec cela raucité de la voix.

Quinze jours après l'accident, on constatait une tumeur animée de battements très distincts et cette tumeur se trouvait entre la branche ascendante du maxillaire inférieur droit, l'os hyoïde et la mastoïde. En-dessous de l'arc zygomatique, on trouvait une petite cicatrice provenant du coup de couteau.

La pointe de la langue était déviée vers la droite ; le pilier antérieur droit est repoussé en avant. L'amygdale, très enflammée, se porte fortement en avant et vers la ligne médiane et est animée de pulsations. La corde vocale droite est paralysée, il existe des douleurs très violentes autour du maxillaire inférieur.

Lorsqu'on comprime la carotide les pulsations disparaissent aussi bien en dedans qu'en dehors.

On procède à la ligature de la carotide primitive.

Tous les symptômes disparaissent en peu de temps.

Trois ans après on ne voit plus que les deux cicatrices.

OBSERVATION VII

(Lee, Boston medical and surg. Journal, 30 octobre 1879,

Revue des Sc. méd., t. XVII, p. 151).

Mort subite à la suite d'une hémorragie de la carotide interne

Un jeune homme reçut une petite balle de pistolet au-dessous de l'œil droit. Immédiatement après il se développa vers l'angle de la mâchoire du même côté, une tuméfaction considérable, qui deux jours plus tard devint le siège de symptômes inflammatoires. Le malade ne put ouvrir la bouche et éprouva une grande difficulté pour parler et pour avaler. Au bout de huit jours, les symptômes locaux et généraux s'étaient améliorés et le malade put vaquer à ses affaires. Ce n'est que huit jours plus tard qu'il put écarter suffisamment les mâchoires pour permettre l'examen de la bouche. Lee découvrit alors sur le côté droit de la voûte palatine une tumeur saillante, translucide, oedémateuse, du volume d'une noisette. Elle était dure, non fluctuante. Lee fit avec une lancette une ponction exploratrice qui amena l'expulsion de quelques caillots sanguins noirâtres, ensuite il incisa largement pour retrouver la balle, cette fois suintement sanguin suivi d'un jet de sang clair artériel.

Tamponnement de la cavité par une compresse ; mais ce tamponnement fut rendu presque impossible par les résistances du patient. Le sang lui jaillissait par la bouche et le nez ; il succomba en quelques minutes.

A l'autopsie on découvrit la balle dans la paroi postérieure de l'artère carotide interne; elle avait traversé l'artère d'avant en arrière; le sang avait décollé la muqueuse du pharynx et avait pénétré presque sous le périoste de la paroi osseuse de la voûte palatine. L'incision avait pénétré dans ce sac anévrysmal à 5 centimètres environ de la carotide. Les caillots contenus dans le sac étaient en voie de ramollissement et la partie inférieure du sac contenait une petite quantité de pus.

OBSERVATION VIII

(Ure, The Lancet, 4 juin 1859. Vol. I, p. 559).

Blessure à la gorge par un tuyau de pipe.

Ligature de la carotide

Un homme de trente-cinq ans, bien portant, fumait sa pipe lorsqu'il reçut une gifle de sa femme, gifle qui poussa la pipe si fortement qu'elle provoqua une blessure du pilier du côté gauche.

Il vint consulter à l'hôpital où il fut admis quinze jours après l'accident; six jours après son entrée, il eut une hémorragie abondante, à une heure de l'après-midi, par la bouche, après laquelle il continua à expectorer du sang de temps en temps, on lui fit sucer de la glace et on fit des applications de perchlorure de fer.

Dans la soirée, nouvelle hémorragie, plus abondante que la première, que la compression de la carotide fit cesser et après laquelle le malade était exsangue.

On alla chercher Ure qui fit immédiatement la ligature de la carotide au-dessus du muscle omo-hyoïdien.

Le lendemain matin, nouvelle hémorragie moins abondante que les précédentes et qui se renouvela encore dans les jours suivants mais peu abondante; malgré cela l'état du malade s'améliora peu à peu, et trente-un jours après l'accident il était à peu près guéri.

La ligature de la carotide n'entraîna chez le patient aucune complication cérébrale ou pulmonaire.

OBSERVATION IX

(Giraldès, Bulletin de la Société anatomique, 10 octobre 1854, t. XXIV, p. 298).

Anévrisme artério-veineux de la veine jugulaire et de l'artère carotide interne droite. — Plaie carotide interne par balle.

Un peu au-dessus du point de bifurcation de la carotide primitive, on trouve sur la carotide interne une perforation pouvant admettre environ une grosse plume de corbeau. L'artère, à ce niveau, a un calibre un peu plus considérable.

Du côté de la veine, une perforation un peu plus petite. Entre ces deux vaisseaux un vrai sac, pouvant contenir environ le bout du petit doigt; sac que l'on voit bien manifestement, et dont surtout on constate bien l'existence quand on fait passer un stylet dans les perforations de l'artère et de la veine. Dans ce petit sac, un point très dur, et qui est formé par un plomb de chasse.

Le malade de qui provient cette pièce a reçu, à bout por-

tant, un coup de pistolet chargé de petits plombs. L'un des plombs a frappé le bord inférieur de la mâchoire inférieure, vers son angle et s'est infléchi en bas et en arrière.

On voit encore, à la peau, une petite cicatrice, et l'os maxillaire en ce point est un peu érodé.

Immédiatement après le coup de feu, il est survenu un engorgement considérable de la partie latérale droite du cou. Mais la plaie ne ressemblait nullement à une plaie par arme à feu.

En examinant la partie blessée, on trouvait, au toucher, un frémissement dans le cou, que tout d'abord on pouvait croire produit par la crépitation de l'emphysème ; mais, avec plus de soin, on trouvait le frémissement caractéristique, puis un bruit de souffle à double courant. Le lendemain et les jours suivants, le bruit de souffle est devenu plus intense, et se localisait bien vers l'angle de la mâchoire. Ce bruit pouvait être suivi le long de la carotide, jusque dans la région du cœur.

M. Giraldès crut d'abord qu'il s'agissait d'un anévrisme artério-veineux, occupant la carotide externe et les veines faciales.

Un mois après l'accident, le gonflement, l'ecchymose avaient disparu, mais il restait une tumeur pulsatile, dans le point déjà mentionné. Il semblait que le sac augmentait de jour en jour, aussi M. Giraldès se proposait-il de tenter quelque chose pour la guérison. Le malade ne voulait entendre parler d'aucune opération, il sortit de l'hôpital. Peu de temps après il rentre dans le service avec un anthrax de mauvaise nature et mourut.

A l'examen des pièces, on constate les lésions décrites plus

haut. De plus, on trouve une masse plastique qui enveloppe l'artère, le sac et la veine, et qui comprend dans son épaisseur le nerf laryngé supérieur et le pneumogastrique. Il est surtout difficile de disséquer et de détacher le nerf laryngé supérieur. Ce fait explique un symptôme que l'on a pu observer pendant la vie du blessé. Quand il est entré à l'hôpital, sa voix avait son timbre normal, puis elle est devenue un peu plus voilée, un peu rauque, et chaque jour elle perdait de sa clarté.

Si l'on avait pratiqué une ligature, on eût fait une opération inutile si l'on s'était borné à lier la carotide externe, et les symptômes étaient plutôt ceux d'un anévrisme de cette artère que de la carotide interne.

OBSERVATION X

(Keith, Archives de médecine, 1851, t. XXIV.)

Blessures de la carotide interne pendant une opération faite par la bouche pour enlever un corps étranger profondément enfoncé dans le cou. — Ligature de la carotide interne. — Hémorragie arrêtée par une seule ligature. — Guérison.

Élisa K..., vingt-cinq ans, entra à l'hôpital le 20 décembre 1850, se plaignant d'une douleur dans le côté gauche du pharynx et de difficulté à avaler ; elle attribuait cet accident à la présence d'une grosse épingle qu'elle avait accidentellement avalée la veille.

En l'examinant avec un doigt dans la gorge et un autre

au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure on sentait distinctement l'épingle dont la tête était en bas et en arrière de l'amygdale gauche entièrement recouverte par la muqueuse du pharynx, et la pointe semblait plantée dans le cartilage thyroïde. Ne pouvant retirer l'épingle on en fit projeter la tête en dedans, et avec des ciseaux on fit sur elle une incision. Celle-ci laissait voir l'épingle, mais l'ouverture de la muqueuse était située un demi-pouce au-dessus de la tête, si bien que, quoi qu'on pût saisir ce corps étranger, la tête restait encore embarrassée.

Dès lors on fit de nouveau usage des ciseaux pour le mettre à nu. Par l'incision que venaient de faire les ciseaux dirigés vers la tête de l'épingle, le sang s'écoula par gorgées, et le flot sanguin fut assez considérable pour laisser au chirurgien l'entière conviction que la tête de l'épingle s'était logée profondément et soulevait la carotide interne, qui s'était dès lors présentée aux ciseaux. Le pouce de l'opérateur appliqué immédiatement sur l'artère carotide primitive arrêta de suite l'hémorragie et on s'apprêta à faire la ligature de la carotide.

On fit l'incision au-dessous de l'oreille, en avant de la mastoïde le long de la branche du maxillaire inférieur, l'artère fut mise à nu puis liée, la compression supprimée, l'hémorragie ne se reproduisit pas.

Après l'opération les artères faciales et temporales étaient animées de pulsations très distinctes.

Les suites de l'opération furent heureuses, il n'y eut pas d'hémorragies secondaires, la ligature tomba le cinquantième jour.

OBSERVATION XI

(Joret, Gazette médicale de Paris, 1840, t. VIII. p. 458.)

Plaie de la carotide interne par balle.

Anévrisme artério-veineux

M. O..., trente-cinq ans, fut blessé par un coup de pistolet dans un duel. Aussitôt l'accident, hémorragie abondante par le nez et la bouche.

La balle avait pénétré à travers l'os maxillaire supérieur du côté droit, traversé les fosses nasales en brisant le vomer, mais sans endommager le voile du palais, et était sortie par l'apophyse ptérigoïde du côté opposé, pour pénétrer derrière l'amygdale gauche entre l'artère carotide interne et sa veine satellite, la jugulaire.

A l'extrémité, et du côté gauche du cou, on n'apercevait pas de tuméfaction. En introduisant l'index jusque dans l'arrière-bouche, on sentait derrière l'amygdale gauche un gonflement cédant sous la pression du doigt.

On essaya l'extraction de la balle, mais en vain.

La plaie fut pansée à plat et l'hémorragie s'arrêta dans la soirée, le blessé se plaignait d'une céphalgie intense.

Le lendemain 3 mai, la céphalgie avait persisté et en outre le malade accusait la perception d'un battement à la partie supérieure et latérale gauche du cou, ce battement était isochrone au pouls.

La plaie suppura, après la première quinzaine la plaie ten-

daît à se fermer, le malade se plaignait toujours de céphalées et présenta un léger strabisme.

Le malade, à quelque temps de là, accuse une certaine inaptitude au travail intellectuel.

En août. — A la suite d'une chute de cheval sur la tête, les battements devinrent plus forts, pour diminuer encore après quelques jours et il reprit ses occupations.

A plusieurs reprises il lui arriva de ne pouvoir ni parler, ni écrire pendant quelques instants.

Roux et Lisfranc, consultés à ce moment, portèrent le diagnostic d'anévrisme artério-veineux.

En décembre 1835. — Le malade ressentit de la faiblesse dans la jambe et le bras droits. Les pulsations du cou étaient très fortes.

En hiver 1836. — Le mal s'accrut sur tous les points, la paralysie devint générale, le malade déraisonnait, l'œil gauche faisait une saillie considérable avec injonction de la conjonctive.

En juin, juillet et septembre 1837. — Le malade eut trois crises épileptiques.

Il mourut en octobre de pneumonie.

Autopsie. — On trouve deux petits foyers de ramollissement dans le lobe gauche du cerveau.

La balle était entrée derrière l'angle de la mâchoire, à l'intérieur de la veine jugulaire. Au-dessous de la balle la veine a son aspect normal; au-dessus, les parois de la veine ont pris la consistance des parois de l'artère à tel point qu'il était difficile sur le cadavre de la distinguer de l'artère.

A la sortie du trou carotidien on aperçoit une poche de la grosseur d'un œuf de pigeon formée par la dilatation de la

carotide interne ; elle renfermait des caillots. A sa base, elle communique avec la jugulaire interne et là, à cet endroit, elle revient à sa dimension et à sa forme ordinaires.

OBSERVATION XII

(Mayo, Lancet, 1836, t. II, p. 140)

Pénétration d'un tuyau de pipe dans la partie postérieure du palais. — Hémorragie. — Ligature de la carotide primitive droite et essai de ligature de la carotide interne droite.

S... Edmond, quarante et un ans. Le mardi soir, 26 mars, étant ivre et ayant une pipe à la bouche tomba la face contre terre, la pipe se brisa et blessa la partie postérieure du palais. La gorge se tuméfia pendant la nuit et le lendemain matin il avalait avec grande difficulté. Cet état continua jusqu'au jeudi 30, jour où il vint consulter à l'hôpital et fut admis. A midi, le même jour, Mayo le vit ; le palais était tuméfié à droite et élastique au toucher comme s'il contenait du liquide. La tuméfaction s'étendait jusqu'à l'amygdale droite. Le côté droit du cou, en-dessous de l'oreille était également tuméfié et tendu à la pression. Il n'y avait ni tuméfaction, ni sensibilité au côté gauche du cou, ni sur l'amygdale de ce côté.

Sur le milieu du palais il y avait une blessure oblique et déchirée qui apparaissait à peu près cicatrisée. Croyant que la tuméfaction était un abcès, Mayo ponctionna la partie inférieure avec une lancette vers la ligne médiane ; à ce moment sortit un peu de pus mélangé à du sang et des caill-

lots, puis en cinq ou six minutes il sortit environ un verre de sang ; le malade se rinça la bouche avec de l'eau froide et l'hémorragie cessa.

Le soir en l'examinant on s'aperçut qu'il sortait quelque chose de la plaie et on en retira un tuyau de pipe de cinq centimètres.

L'extraction de ce corps fut suivie d'une hémorragie artérielle profuse. Pendant ce temps le chirurgien faisait en vain la compression des carotides ; l'hémorragie s'arrêta spontanément. Mayo revit le malade dans la nuit et indiqua comme traitement externe l'application du froid.

Le pouls n'était pas trop affaibli, l'artère temporale battait aussi fortement à droite qu'à gauche.

Le lendemain matin 31 mars, à 9 heures, l'hémorragie reprit assez abondante et cessa de nouveau spontanément. Mayo fut appelé de nouveau en consultation et pensa que la carotide interne ou la carotide externe avait été blessée par le tuyau de pipe. Pour éviter l'hémorragie ultérieure on fit la ligature de la carotide primitive. Cette ligature fut faite à deux travers de doigt au-dessus de l'endroit où le muscle omo-hyoïdien croise l'artère. Le malade eut une syncope aussitôt après l'opération mais reprit assez rapidement connaissance.

Le lendemain 1^{er} avril, nouvelle hémorragie très abondante ; il semblait évident que l'hémorragie venait de la carotide interne par l'intermédiaire du polygone de Willis. On convint de lier la carotide interne à la base du crâne mais on doutait fort de la possibilité de cette intervention. Mayo pratiqua deux fois cette opération sur le cadavre et il pensa que

les obstacles qu'il appréhendait sur le vivant n'étaient pas insurmontables.

Voici la marche de l'opération : incision de la peau de 6 centimètres parallèlement à la mastoïde et au bord du sterno-mastoïdien qui fut récliné ; le muscle digastrique sectionné on tombait sur l'apophyse styloïde dont l'extrémité fut brisée avec une pince et on arrivait sur l'apophyse transverse de la deuxième vertèbre cervicale. On était au point où Mayo croyait être capable de trouver l'artère, mais il était impossible de séparer l'artère des tissus environnants. Après des essais longs et réitérés il essaya de passer l'aiguille sous ce qu'il supposait contenir l'artère mais ne put y arriver à cette profondeur et dans une cavité si étroite. Il allongea l'incision vers le bas dans l'espoir de découvrir plus bas le tronc du vaisseau mais l'inflammation avait rendu la distinction des tissus impossible.

Deux jours après l'opération il n'y avait pas de récédive d'hémorragie, le malade allait normalement. La langue était chargée, pouls 94, un peu faible ; il avalait les liquides facilement.

ÉTIOLOGIE

On peut diviser en deux grands groupes les plaies de la carotide interne suivant qu'elles sont produites accidentellement ou qu'elles sont faites au cours d'une intervention chirurgicale.

Plaies accidentelles

Le plus souvent l'artère est atteinte par un instrument tranchant ou piquant pénétrant entre la branche montante du maxillaire inférieur et la mastoïde, au travers de la parotide ; d'autre fois pénétrant sous l'angle de la mâchoire.

La plupart sont occasionnées par des coups de couteau, rarement dûs à une tentative de suicide, mais reçus le plus souvent dans une rixe ; sur douze observations que nous avons rassemblées, quatre présentent cette étiologie (Fancello, Boblio, Lewens-tern et l'observation I).

Les sections du cou dues à une tentative de suicide ne sont pas rares, mais on a remarqué, que le

paquet vasculo-nerveux était presque toujours épargné.

Nous avons vu le cas suivant dans le service de M. le professeur Gross : un homme d'environ quarante ans en proie à des idées de persécution se porte un coup de rasoir à la partie supérieure du cou qui pénètre profondément, sectionne la membrane thyrohyodienne et arrive jusqu'au paquet vasculo-nerveux au-dessus de la bifurcation de la carotide sans toucher aucune des deux branches de division.

L'instrument tranchant fut ^{un} éclat de verre dans notre observation II.

L'orifice cutané de ces plaies siège le plus souvent dans la zone que nous avons appelée aire de vulnérabilité cervico-faciale comprenant la partie supérieure de la région carotidienne et l'espace compris entre la mastoïde et la branche montante du maxillaire inférieur.

La carotide interne est encore atteinte par la voie intra-pharyngée, cette fois les lésions sont produites fréquemment par des instruments piquants introduits dans la bouche et violemment enfoncés dans le pharynx, nous en avons signalé deux exemples : Mayo et Ure, dans tous les deux le corps vulnérant était un tuyau de pipe.

Nadon (1) cite le cas d'un enfant opéré par lui et qui s'était ouvert la carotide avec une fourchette enfoncée dans la bouche.

1. Nadon, *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XII (Le Fort, *A. carotide*).

La carotide interne est quelquefois blessée par des armes à feu.

Dans les dernières guerres on a signalé un cas de plaie de ce genre (1), (guerre russo-japonaise), il s'était formé un anévrisme traumatique. Ces plaies étant toujours fort graves les blessés succombent souvent avant qu'on ait pu leur porter secours.

Les armes civiles produisent en général moins de dégâts que les armes de guerre ; dans nos observations déjà anciennes de Lee, Giraldès, Joret, les projectiles étaient des balles de pistolet ; les deux premières ayant pénétré sous l'angle de la mâchoire, la troisième avait traversé le maxillaire supérieur avant d'atteindre l'artère.

Les balles ayant une grande force de pénétration ne respectent plus les zones de vulnérabilité que nous avons décrites car elles peuvent traverser les os qui protègent la carotide interne et d'autre part peuvent suivre dans les tissus des trajets très variés.

Les coups de feu dans la bouche qui produisent de si grands délabrements blessent quelquefois la carotide interne indirectement par éclatement, Tuffier (2) en a cité un cas très intéressant pour la carotide externe, ce sont des tentatives de suicide.

Les balles arrêtées dans les tissus peuvent jouer le rôle de corps étrangers et blesser secondairement le

1. Mariantchik, *Roussky Vratels*, 1908, 26 juillet (in *Journal de Chirurgie*, n° 1).

2. Tuffier, *Bull. soc. chir.*, 1905.

vaisseau qui a été épargné au moment de l'accident ce qui est facilité au cou par la grande mobilité des tissus (1) (Fränkel).

L'observation III de Schwartz où l'artère carotide interne a été atteinte par un éclat de fer incandescent est un fait assez curieux de plaie par corps étranger.

Reinecke (2) cite un cas analogue mais cette fois la blessure de l'artère siège juste au niveau de la bifurcation.

Plaies chirurgicales

Il n'y a pas encore bien longtemps on admettait que les hémorragies consécutives aux interventions sur l'amygdale et en particulier à l'amygdalectomie étaient dues à une lésion de la carotide interne. Il semble bien difficile d'aller, dans cette opération, blesser ce vaisseau qui en est éloigné de près de deux centimètres. Il n'en existe paraît-il qu'une seule observation citée par Béclard d'Angers (3) et encore, dans ce cas, l'amygdalectomie n'avait pas été faite par un médecin.

1. Fränkel, Société impéριο-royale des médecins de Vienne, 24 janvier 1913.]

2. Reinecke, *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgen-Strahlen*, t. XVI, 6 avril 1911.

3. Henking, *Hémorragies inquiétantes après l'amygdalectomie* (*Revue hebdo. de laryngo.*, 1906, t. I, p. 319).

Par contre, on a signalé plusieurs plaies de la carotide interne au cours de l'adénotomie.

Schmiegelow (1) de Copenhague, a rapporté un cas d'hémorragie mortelle, chez une enfant de douze ans, par lésion de la paroi latérale du rétro-pharynx et rupture de la carotide interne. Ce vaisseau repoussé par un volumineux paquet de ganglions latéraux du cou, aurait été déchiré par la pression du couteau de Gottstein.

Mac Kernon (2) cite un fait à peu près analogue.

Nous pensons que la carotide interne ne peut être blessée dans les interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes que lorsqu'il existe des anomalies de ce vaisseau.

Thompson (3) en examinant le pharynx d'une malade aperçut des pulsations nettes en arrière du pilier postérieur gauche, l'examen externe montra que la carotide gauche ne battait plus à sa place ; il est donc probable que ce vaisseau anormal était la carotide interne. L'auteur se demandait ce qu'il serait advenu si la malade avait été opérée pour végétations adénoïdes.

Nous avons trouvé signalés par plusieurs autres

1. Piaget, *Hémorragie grave consécutive à l'ablation des végétations adénoïdes* (Revue hebdo. de laryngologie, t. XVIII, p. 1339, 1898).

2. Mac Kernon, Société otologique de New-York, 27 nov. 1908 (in *Archiv. interna. de laryngo.*, 1908, t. XXV).

3. Thompson, *Laryngoscope*, n° 1, 1898 (in *Revue hebdo. de laryngo.*, t. I, p. 572).

auteurs ces gros vaisseaux pulsatiles anormaux du pharynx (Boulai de Rennes (1), Jack (2), Galbaitb Corinal) (3), ces vaisseaux auraient facilement été atteints par l'adénotome.

Puisqu'un corps étranger du pharynx peut blesser par simple contact la carotide interne, il le fera encore plus facilement si on lui imprime des mouvements au cours d'une extraction, notre observation X de Keith en est un exemple intéressant.

La carotide interne est quelquefois atteinte quoique plus rarement au cours d'interventions sur le cou : dans l'ablation des tumeurs profondes (4), surtout lorsque ces tumeurs sont adhérentes à l'artère et quelquefois le chirurgien est obligé d'enlever la carotide avec la tumeur après avoir, bien entendu, lié ce vaisseau. Ceci (5) enleva non seulement la carotide mais aussi la jugulaire et la pneumogastrique au cours de l'ablation d'un cancer branchiogène.

1. *Arch. intern. de laryng.*, 1903, t. XVI, p. 381.

2. *Rev. hebd. de laryng.*, 1908, t. I, p. 176.

3. *Arch. intern. de laryng.*, 1908, t. XXV, p. 663.

4. Launay, *Soc. de Chirurgie*, 21 juin 1904.

5. Ceci, *Congrès français de Chirurgie*, 1904.

SYMPTOMATOLOGIE

L'hémorragie est la conséquence presque fatale d'une plaie de la carotide interne extra-crânienne, et les cas sont bien rares où elle manque complètement comme dans l'observation V de Boblio.

L'abondance et les caractères de cette hémorragie sont très variables, ils dépendent surtout du siège de la plaie sur l'artère et aussi de l'importance de la blessure. Une simple piqure, comme cela arrive souvent dans les traumatismes intra-pharyngiens, provoque des hémorragies répétées à intervalles variables qui finissent presque toujours par entraîner la mort.

Une plaie au cou trouve la carotide presque superficielle, la brièveté du trajet de la plaie permet au sang de sortir directement à l'extérieur avec les conséquences graves et immédiates qui sont survenues dans notre observation II.

Si la plaie siège à la face, le long trajet qu'elle doit faire avant d'atteindre l'artère fournit à l'hémostase spontanée des conditions avantageuses, car il arrive

presque fatalement que le parallélisme des lésions produites sur les différents plans traversés disparaisse et cela nous explique la formation possible d'un hématome, diffus, simple ou pulsatile ; l'écoulement sanguin se faisant à l'intérieur des tissus.

Il existe aussi des hémorragies secondaires résultant d'un processus infectieux qui a désagréé le caillot obturant la plaie artérielle, infection qui aura empêché également la cicatrisation des tissus, c'est ainsi que dans notre observation I cette cicatrisation ne s'était pas encore produite trois semaines après l'accident.

La plupart des hématomes venant de la carotide interne succèdent à une plaie de la face allant jusqu'à ce vaisseau. Boblio (1) a réuni plusieurs cas de ce genre.

Ces hématomes apparaissent tantôt dans le pharynx repoussant vers la ligne médiane les piliers et l'amygdale, tantôt au cou, d'autres fois enfin dans ces deux régions à la fois, l'étude anatomique faite antérieurement nous a donné l'explication de ces localisations différentes.

L'hématome se développe en général rapidement après l'accident, parfois tardivement, lorsqu'un caillot obturant la plaie artérielle s'est ensuite résolu sous l'influence de l'infection ou que ce caillot a cédé à la tension artérielle brusquement remontée. Une douleur brusque en marque le début puis le gonflement

1. Boblio, *Giorn. d. Royal acad. di Torino*, 1905, n° 1 et 2.

se produit. D'abord localisés, ces hématomes peuvent gagner la région sous-maxillaire, la région carotidienne et filant le long de la gaine des vaisseaux descendre jusqu'au médiastin, quand la marche est rapide ils se terminent par la rupture.

Le plus souvent l'hématome reste circonscrit, faisant saillie à l'intérieur du pharynx ou en arrière de l'angle de la mâchoire. Cette tumeur est dure, rarement fluetuante, de tension considérable. On y constate quelquefois par la vue, plutôt par le palper des battements synchrones aux battements artériels, un mouvement d'expansion et, à l'auscultation, un souffle rude, intermittent, systolique ; ce souffle est toujours nettement perçu par le malade qui en est très incommodé.

Les petits hématomes peuvent ne présenter aucun de ces symptômes et évoluer vers la guérison.

Parfois un fragment des caillots que renferme la poche est entraîné par le courant sanguin et va s'emboliser dans les ramifications de la carotide interne occasionnant alors un foyer de ramollissement cérébral (Fancello, IV, Joret, XI).

Il arrive que le corps vulnérant blesse aussi la jugulaire interne et les nerfs environnants. La lésion simultanée de la carotide interne et de la jugulaire donnera naissance à un anévrisme artério-veineux (obs. IX Giralès, obs. XI Joret), qui s'accompagne d'un frémissement vibratoire et d'un souffle continu à renforcement systolique, très bien perçu par le stéthoscope placé en arrière de l'angle de la

mâchoire. Keen (1) en a cité un cas très intéressant qu'il arriva à guérir par des ligatures multiples de la carotide primitive, de la carotide externe et de la jugulaire interne.

Le malade de Boblio guérit de sa plaie carotidienne, mais il persista chez lui une paralysie de la corde vocale gauche et de l'hypoglosse.

Le malade de Lewenstern avait aussi une paralysie d'une corde vocale qui guérit complètement.

1. Keen, *Med. and Surg. Reporter*, 1894, vol. LXX, 380. — Le Dentu et Delbet, *Artères*, 1911.

DIAGNOSTIC

Si on se trouve en présence d'une plaie de la partie supérieure du cou qui saigne, il est souvent difficile de reconnaître si la carotide interne est lésée. « Richet (1) pose en principe qu'il n'est pas possible, hormis peut-être dans quelques faits exceptionnels, d'établir le diagnostic d'une façon certaine et de savoir au juste non seulement lequel des deux troncs carotidiens externe ou interne a été blessé, mais même de reconnaître si l'hémorragie n'est pas produite par une des branches collatérales de la carotide externe, ou par plusieurs branches artérielles simultanément intéressées. »

Lorsque l'hémorragie est abondante et la syncope menaçante, peu importe de faire un diagnostic précis et de perdre son temps en discussion, les minutes sont précieuses, il faut agir et agir vite, le diagnostic se fera au cours de l'intervention.

La compression sur le tubercule de Chassaignac arrêtera immédiatement l'hémorragie ou du moins la réduira dans de fortes proportions, à moins qu'on

1. Duplay et Reclus, *Traité de pathologie externe (cou)*.

ait une plaie de l'artère vertébrale dont on fera ainsi le diagnostic.

La plaie sera ensuite agrandie et on pourra reconnaître et pincer le vaisseau blessé, surtout si c'est la carotide externe ou une de ses branches, dans le cas contraire, le vaisseau blessé étant profondément situé rend la forcipressure impossible ; il faudra alors recourir à la ligature de la carotide.

Lorsque l'hémorragie est arrêtée ou qu'il n'y a pas eu d'hémorragie, l'analyse attentive des commémoratifs a une grande importance. Il est nécessaire de savoir si l'hémorragie primitive a été très abondante, si l'écoulement sanguin s'est répété à plusieurs reprises, quels en ont été les caractères.

S'il existe un hématome pulsatile avec souffle, la lésion artérielle est évidente, mais quelle est l'artère intéressée : l'apparition de cette hématome dans le pharynx, la présence de pouls temporaux, synchrones et égaux, seront des présomptions en faveur d'une lésion de la carotide interne.

CHAPITRE III

Ulcérations de la carotide interne extra-crânienne

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les parois de la carotide interne peuvent s'ulcérer au contact de foyers inflammatoires ou néoplasiques. Le plus souvent elles succèdent à un phlegmon péri-amygdalien. L'observation intéressante que nous allons rapporter nous a décidé à commencer cette étude par les lésions d'origine tuberculeuse.

§ I. — TUBERCULOSES PHARYNGÉES ET GANGLIONNAIRES

OBSERVATION I (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Jacques)

Tuberculose des amygdales palatine et pharyngée ainsi que des ganglions cervicaux. — Ulcération de la carotide interne droite. — Mort par hémorragie foudroyante.

Le malade P... qui fait le sujet de cette observation, est un homme âgé de quarante-neuf ans, boulanger.

Il a perdu un fils de tuberculose pulmonaire.

En 1910, il fut soigné, pendant deux mois, par un médecin pour une adénite cervico-faciale droite; la méthode de Calot n'amenant pas d'amélioration sensible, l'extirpation fut faite en janvier, 1911 dans le service de M. le Professeur Weiss.

En octobre 1912, de nouveaux ganglions sont apparus au même endroit; en même temps et du même côté l'amygdale avait beaucoup augmenté de volume malgré des cautérisations répétées de cette glande.

P... vint se présenter à la consultation de M. le Professeur Jacques en février 1913: on constatait une chaîne de ganglions dans la région sterno-cléido-mastoïdienne droite; de tailles très différentes ces ganglions étaient durs et mobiles. La lésion pharyngée dominait la scène: le malade accusait une douleur persistante dans la région amygdalienne, douleur qui était augmentée par les mouvements de déglutition. L'amygdale droite était le siège d'une tumeur rose violacée, volumineuse, à gros lobes, faisant saillie hors de la loge amygdalienne entre les piliers antérieurs et postérieurs; cette tumeur était ulcérée à son pôle inférieur, mais ne présentait pas l'aspect bourgeonnant des affections néoplasiques, elle n'envahissait pas les piliers et semblait facilement énucléable, elle se prolongeait un peu sur l'amygdale linguale.

On fit un prélèvement, l'examen microscopique permit de découvrir des cellules géantes au sein du tissu adénoïde caractéristique de l'amygdale.

L'amygdale fut enlevée à l'anse galvanique et, quelques jours plus tard, extirpation des ganglions cervicaux. La plaie amygdalienne s'est cicatrisée normalement.

Quelque temps après, il se développe lentement une collec-

tion latéro-pharyngienne qui décide le malade à se représenter à la clinique laryngologique.

Le 19 mai, l'examen montre un abcès latéro-pharyngien faisant saillie dans la gouttière pharyngée droite où il détermine une asymétrie nette ; la tumeur, assez molle, est recouverte d'une muqueuse à peine modifiée. Dans le rhinopharynx, il existe une prolifération de mauvais aspect, gris rosé, striée de trainées jaunâtres, occupant toute la région de l'amygdale pharyngienne.

Rien au larynx.

Le 21 mai, on ponctionne l'abcès au galvano-cautère, ce qui donne issue vingt-quatre heures plus tard à un pus épais, dont l'écoulement se prolonge pendant plusieurs jours.

Nouveau prélèvement d'un fragment de la tumeur pharyngée sur le bord d'une ulcération ; cette nouvelle biopsie, comme le premier examen microscopique, révèle une dégénérescence du tissu lymphoïde. On pratique alors l'ablation de l'amygdale de Luschka à l'anse chaude.

Le malade quitte l'hôpital soulagé.

En novembre 1913, l'abcès latéro-pharyngien, qui avait diminué à la suite d'applications antiseptiques iodées, augmenta brusquement ; de nouveaux ganglions se montrèrent dans la région carotidienne gauche.

20 décembre. — Hémorragie abondante par la bouche qui s'arrête spontanément.

En janvier 1914, plusieurs hémorragies peu importantes.

4 février. — Sans cause appréciable au milieu de la nuit, hémorragie foudroyante qui tue le malade en quelques instants.

L'autopsie n'a pas été faite, mais il est probable qu'une

hémorragie de cette importance a été occasionnée par une lésion de la carotide interne. Ce vaisseau a dû s'ulcérer au contact de l'abcès, l'ulcération d'abord insignifiante a occasionné des hémorragies peu abondantes, puis s'agrandissant brusquement a entraîné l'issue fatale.

OBSERVATION II

(Liston : Lancet, 1841-1842, t. I, p. 865.)

Un cas d'anévrisme faux de la carotide

J. A..., âgé de neuf ans, avait présenté deux mois avant son entrée à l'hôpital une toux violente accompagnée de fièvre, et à ce moment il s'était développé au-dessous de l'oreille droite une tuméfaction qui augmenta lentement et progressivement. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, elle augmenta brusquement.

20 octobre. — Jour d'entrée, on voyait une tumeur volumineuse s'étendant depuis l'angle rétro-maxillaire jusqu'à trois travers de doigts au-dessus de la clavicule, repoussant en arrière le sterno-cléido-mastoïdien et allant en avant jusqu'au milieu de la branche horizontale du maxillaire. La tumeur en outre faisait saillie à l'intérieur de la bouche entre les piliers du voile du palais et gênait beaucoup la respiration et la déglutition. La tumeur est fluctuante et ne présentait pas de pulsation bien nette sauf sur le trajet de carotide, la pulsation ne se trouvait pas non plus à l'intérieur de la bouche.

On fit une légère ponction de la tumeur croyant qu'elle contenait du pus, mais un jet de sang artériel succéda à la ponction et le malade perdit un demi-litre de sang en quelques secondes.

La plaie fut suturée et l'hémorragie céda.

Le lendemain, malgré qu'il ne s'était pas produit d'hémorragie nouvelle, on fit la ligature de la carotide primitive. L'opération n'était pas commode la tumeur descendant très bas. Par une incision parallèle à la clavicule, à un travers de doigt au-dessus et après section des muscles on put poser, difficilement d'ailleurs, une ligature sur cette artère à son origine.

Peu après l'opération, la tumeur diminua et les mouvements de la mâchoire devinrent plus faciles et moins douloureux. La pupille de l'œil droit qui était contractée et insensible à la lumière redevint normale.

Les sutures furent enlevées le 25.

Le 28, quelques caillots de sang artériel par la plaie.

3 novembre. — Brusquement un jet de sang artériel sortit de la blessure malgré que la ligature de la carotide n'avait pas bougé.

L'hémorragie fut arrêtée provisoirement par un tamponnement de la plaie avec de la charpie. L'hémorragie recommença six heures après et fut mortelle.

A l'autopsie, on trouva que la ligature de la carotide n'était que partielle et l'artère était encore en partie perméable.

Les parois de la tumeur avaient absolument l'aspect des parois d'un abcès ; et cette cavité était en communication avec la carotide interne.

L'auteur est persuadé qu'il avait affaire à un abcès chronique scrofuleux qui avait ulcéré secondairement la carotide interne.

OBSERVATION III

(Craigie, Edinb. monthly med. Journal, 1837.

Monod, Bull. Soc. Chir., octobre 1882)

Abcès du cou, ulcération de la carotide interne

Une tumeur fluctuante de la partie supérieure du cou, développée chez une femme robuste de vingt-huit ans, fournit à la ponction un peu de pus teinté de brun. Deux heures après, hémorragie par la bouche; elle se reproduit à trois reprises dans la soirée et la nuit. Mort le lendemain matin.

L'autopsie montre qu'il s'agissait bien d'un abcès. Il s'était ouvert dans le pharynx. Les carotides externe et interne étaient à nu dans le foyer, ainsi qu'une petite portion de la carotide primitive.

On découvrit deux *perforations*, l'une siégeant au niveau de la bifurcation, l'autre un peu plus haut sur la *carotide interne*.

OBSERVATION IV

(Graham Robert, Ban of Elonghing phagedaena of throat, hémorragie, ligature, etc... (The Lancet, 1870, 27 aug.) Ehrmann, Bull. Soc. Chir., 1878, p. 670.)

Ulcération tuberculeuse

Homme quarante-sept ans, atteint de phtisie avancée; l'ulcération qui amena l'hémorragie siégeait en arrière du pilier antérieur droit, englobant les parties voisines du pharynx et du voile du palais. Après deux hémorragies moins importantes, le sujet avait perdu subitement, dans la nuit, trois jours après, 30 à 40 onces de sang artériel; le sang sortait tout à la fois par la bouche et l'oreille droite, où l'ouïe se trouvait abolie depuis quelque temps déjà. La compression puis la ligature de la carotide correspondante arrêterent l'hémorragie.

OBSERVATION V

(Mackmurdo, London, 1847,
p. 283. — Monod, Bull. soc, de chir., oct. 1882.)

Anévrisme artério-veineux de la carotide interne et de la jugulaire consécutif à une inflammation sturmeuse des ganglions du cou.

Un homme de vingt-sept ans, tuberculeux, atteint d'engor-

gement suppuré de ganglions du cou, succomba à la suite d'hémorragies répétées.

L'autopsie montra l'artère carotide interne complètement séparée du tronc commun et s'ouvrant dans un sac auquel aboutissait aussi la jugulaire interne.

OBSERVATION VI

(Wylie et Wingrave, Lancet, 14 avril 1906, p. 1042.

Arch. Intern. de Laryngo, 1906, t. 22, p. 325.)

Abcès rétro-pharyngien ; mort par ulcération de la carotide interne.

Femme de vingt et un ans, admise à l'hôpital le 28 juin 1906 ; se plaignait de dyspnée depuis deux mois.

À l'inspection, on trouvait une tumeur fluctuante du côté droit du pharynx pointant à l'extérieur sous le sterno-cléido-mastoidien : il existait de même un petit abcès à gauche.

La malade était atteinte de pleurésie depuis douze mois et présentait en outre des signes de tuberculose aux deux sommets.

Depuis deux mois, était apparue une tumeur de chaque côté du cou avec gêne considérable de la respiration, et spécialement quand la malade était couchée.

Les symptômes s'accusèrent de plus en plus et, à son admission à l'hôpital, la dyspnée était très intense.

Le 1^{er} mars, on incisa l'abcès droit en arrière du sterno-cléido-mastoidien, on évacua une quantité considérable de pus et on draina largement ; une autre incision intra-pharyn-

gienne allant à la rencontre de la première fut faite, elle donna issue à un pus épais.

La dyspnée diminua.

La température redevint normale, et l'état de la malade s'améliora.

L'abcès du côté gauche fut ouvert également, il ne semblait avoir aucune connexion avec celui du côté droit.

Neuf jours après l'opération, pendant une quinte de toux, un jet artériel s'échappa brusquement par la bouche et la malade succomba en quelques minutes.

L'autopsie montra que l'abcès avait envahi les ganglions vertébraux et que la cavité de l'abcès incisé était traversée par la *carotide interne*, celle-ci présentait sur sa face postéro-interne, à deux centimètres au-dessus de la bifurcation, une *petite ulcération*.

Le pus de l'abcès était formé en grande partie par des granulations amorphes, des polynucléaires, on y rencontrait aussi quelques bacilles tuberculeux.

Ces observations nous montrent que le plus souvent la carotide s'ulcère au contact de ganglions du cou ramollis, donnant ainsi un abcès froid ; ces ganglions peuvent être primitifs, la porte d'entrée de l'infection passant inaperçue comme dans les cas de Liston, de Craigie, de Mackmurdo. D'autres fois, ces ganglions sont secondaires à une lésion amygdalienne, tel ce malade dont nous avons rapporté l'observation.

Une seule fois (Graham) on avait une ulcération tuberculeuse profonde du pharynx intéressant les

gros vaisseaux ; il est facile de comprendre ce processus ulcératif. Il est analogue à celui qui, dans la tuberculose ulcéreuse du poumon produit assez souvent des hémoptysies foudroyantes.

L'abcès tuberculeux présente à sa partie périphérique une membrane pyogène, farcie de follicules et de bacilles, grâce à laquelle l'abcès peut contaminer les tuniques artérielles.

Poyet (1) étudiant des coupes de carotide interne, ulcérée dans un cas de carie du rocher, a constaté que les parois étaient le siège d'une infiltration embryonnaire manifeste ; par places même il trouvait des foyers de ramollissement caséeux, partout on découvrait en grande abondance du bacille de Koch.

En résumé, il s'agit là d'un processus d'artérite tuberculeuse qui diminue la résistance des tuniques artérielles, quand celle-ci ne suffit plus à contrebalancer la pression du sang sur les parois, ces dernières cèdent et l'hémorragie se produit.

§ II. — ABCÈS PÉRIAMYGDALIENS

OBSERVATION VII

(Mac Gregor et Liston : On a variety of false aneurism
Broch. in-8° Londres, 1842, p. 29
Monod, Bull. Soc. Chir., octobre 1882.)

*Abcès tonsillaire. — Anévrisme faux.
Ulcération carotide interne.*

Un homme de vingt et un ans, de bonne santé habituelle, est admis à l'hôpital présentant les signes ordinaires d'une

1. Poyet. *Annales des mal. de l'oreille*, 1907, t. I, p. 319.

angine tonsillaire double ; il y avait de plus une rougeur inusitée de la partie postérieure du pharynx.

Ces symptômes se calment ; mais il reste de la douleur de l'arrière-gorge, de la gêne de la déglutition, des souffrances dans les muscles et enfin une tuméfaction au côté droit du cou vers l'apophyse mastoïde.

On ne savait à quelle affection rattacher ces phénomènes, d'ailleurs ils allaient en s'atténuant, lorsque subitement une hémorragie formidable se faisant à la fois par le nez et la bouche, emporte le malade en quelques minutes.

A l'autopsie : du côté droit, à la base du crâne, au-devant de la colonne vertébrale on trouve un abcès d'un pouce de diamètre et de trois pouces de longueur. La *carotide interne* communiquait avec cet abcès par un orifice admettant une petite bougie. D'autre part le foyer purulent s'ouvrait dans le pharynx à la hauteur du cornet inférieur, derrière la trompe d'Eustache.

OBSERVATION VIII

(Caytan, Gazette hebdomadaire, 9 mai 1862
Journal de médecine de Bruxelles, 1860.)

Angine tonsillaire. — Ouverture spontanée.

Mort par hémorragie.

Un homme de trente-huit ans, de bonne constitution, sujet aux abcès de l'amygdale, malade depuis huit jours, présente une énorme tumeur de l'amygdale. On diffère l'incision, l'ouverture spontanée paraissant sur le point de se faire. Elle se

produit en effet une heure plus tard, mais en même temps une hémorragie foudroyante se déclare qui emporte le malade en quelques minutes.

La carotide interne avait été ulcérée par le pus.

OBSERVATION IX

(Grisolle, Traité patho.int., 1852, p. 200.)

Ouverture spontanée d'un abcès consécutif à une esquinancie, pas d'opération, mort, ulcération de la carotide interne.

OBSERVATION X

(Le Fort, Gazette hebdomadaire de Paris, 9 mai 1862.
rapporte le cas suivant observé par lui à Lille en 1848.)

Le chirurgien devait pratiquer à la visite l'extirpation d'une amygdale hypertrophiée et ulcérée. Quelques instants avant son arrivée dans la salle, une hémorragie foudroyante fit mourir le malade en quelques minutes. *L'ulcération* plus profonde qu'on ne l'avait cru d'abord avait ouvert l'artère *carotide interne*.

OBSERVATION XI

(Méry, Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1870, t. XI.)

En 1857, à l'hôpital de Metz, un *abcès de l'amygdale* occasionna une ulcération de la carotide, suivie d'hémorragie foudroyante.

L'ulcération de la carotide interne fut constatée par Méry à l'autopsie.

OBSERVATION XII

(Norton, *The throat and larynx*, London, 1875.
Newcomb, *Arch. int. de laryngo.*, t. XXVI, 1908.)

Petite fille de quatre ans, présenta un *abcès de l'amygdale* consécutif à une esquinancie, ouverture spontanée de l'abcès avec hémorragie immédiate mortelle.

L'autopsie révéla une ulcération de la carotide interne.

OBSERVATION XIII

(Kaplan, Rousky Vratels, 23 oct. 1906. — Newcomb, *Arch. int. de laryngo.*, t. XXVI, 1908.)

Homme de dix-neuf ans ; tuméfaction à l'angle de la mâchoire.

L'incision ouvre une poche purulente se dirigeant vers la paroi pharyngienne ; le même jour, suffocation et cyanose, trachéotomie avec amélioration passagère ; quarante-huit heures après, hémorragie secondaire par la plaie, le nez et la bouche. La ligature de la carotide l'arrête immédiatement ; le malade reprend connaissance, mais bientôt il tombait dans le coma et mourait ; on trouva à *l'autopsie* une perforation de la carotide interne.

OBSERVATION XIV

(Vergely, Journal de Méd. de Bordeaux, juillet 1886.

Zarfdjian, Th. méd., Bordeaux, 1903.)

Angine phlegmoneuse. — Hémorragie foudroyante.

Rupture de la carotide.

Malade de trente-quatre ans entré le 30 juillet à l'hôpital Saint-André.

Début le 26 juillet d'une amygdalite phlegmoneuse gauche, s'accompagnant à son entrée d'un gonflement considérable de la région sous-maxillaire. Ce gonflement s'étend à la région mastoïdienne, pendant que s'accroissent la gêne de la déglutition et de la respiration.

Traîtement purement médical.

Le 31, augmentation de la fièvre, pouls 120.

1^{er} août. — Le malade crache, avec un peu de sang, quelques débris sphacelés contenant du pus ; intervention remise.

A 4 heures de l'après-midi, effort de vomissement, flot de sang, mort subite.

Nécropsie. — Petite loge rétro-amygdalienne de la grosseur d'un œuf de pigeon contenant de gros caillots noirs, et des lambeaux sphacelés de tissu cellulaire. Carotide interne nettement coupée à centimètres environ au-dessus de la bifurcation.

OBSERVATION XV

(Pitts, Saint-Thomas hospital, Report, t. XII, 1882.

Zarfdjian, Th. méd., Bordeaux, 1903).

*Un cas d'hémorragie de l'artère carotide interne,
consécutive à une amygdalite suppurée.*

O. J..., trente-neuf ans, entre le 18 novembre dans le service du Dr Payre.

Amygdalite ayant débuté le 7 novembre et augmenté rapidement; délire durant deux nuits.

Grand difficulté dans la déglutition; les deux tonsilles et la luette sont gonflées, ouverture d'un abcès de l'amygdale droite.

20 novembre. — Le malade est mieux.

21 novembre. — Hémorragie abondante.

22 novembre. — Apparition d'une autre hémorragie semblable; perchlorure de fer sur l'amygdale et injection sous-cutanée d'ergotine.

23 novembre. — Hémorragie encore plus considérable; anémie profonde.

Le Dr Pitts fait la ligature de l'artère carotide gauche.

L'opération est pratiquée sans remuer le patient.

24 novembre. — Trente heures après l'opération, soudainement, énorme hémorragie: 22 onces de sang. Mort quatre minutes après.

Autopsie. — Grande cavité dans la tonsille gauche: la face interne de la carotide interne est complètement baignée de pus. Ulcération large comme l'extrémité du petit doigt.

OBSERVATION XVI

(Bourguet, Gaz. des hôpitaux, 1875, p. 873.

Zarfdjian, Th. méd. Bordeaux, 1903.)

Angine tonsillaire droite. — Absès du cou.

Hémorragie. — Mort.

V. C..., âgé de vingt ans, contracte le 16 mars une angine droite ; gêne de la déglutition, fièvre. Les jours suivants, le cou est très volumineux et gonflé, tuméfaction de l'amygdale, insomnie, délire léger.

25 novembre. — Au soir, à 8 heures, après une période d'accalmie et après avoir mangé de bon appétit, le malade rejette subitement une grande quantité de sang : gargarismes froids, position élevée.

26 novembre. — A 6 heures du matin, deuxième hémorragie 100 grammes. L'amygdale droite est violacée, plus gonflée que l'autre ; gargarismes astringents froids.

27 novembre. — Troisième hémorragie à 4 heures du matin pendant dix minutes, continue, sans saccades ; quatrième hémorragie à 6 heures du soir.

28 novembre. — Quatre hémorragies successives. Le malade est transporté à l'hôpital, il a plusieurs hémorragies dans le trajet et dans la salle.

Hémorragie mortelle le 1^{er} avril à 8 heures du soir.

On pense qu'il y a eu abcès du cou avec ulcération de la carotide interne.

OBSERVATION XVII

(Clayton, N. Y. M. J. p. 257, 1901.

Zarfdjian, Th. méd. Bordeaux, 1903.)

Un abcès de l'amygdale s'ouvre spontanément ; deux ou trois heures après, hémorragie foudroyante. Le malade est emporté en quelques minutes. A l'autopsie, j'ai trouvé la carotide interne ulcérée en plusieurs points.

OBSERVATION XVIII

(Luke, Chapelle New-York Med. Journ., LXIII, p. 271, 1901.

Zarfdjian, Th. méd. Bordeaux, 1903.)

Abcès tonsillaire qui s'ouvrit spontanément et s'accompagna en même temps d'une hémorragie : celle-ci se reproduisit à trois reprises différentes. On pratiqua la ligature de la carotide avec succès.

OBSERVATION XIX

(Walker, N. Y. M. J., LXIII, p. 297, 1901.

Zarfdjian, Th. méd. Bordeaux, 1903.)

Abcès des deux amygdales, la gauche s'ouvrant spontanément ; du côté droit, une tumeur se forme en avant du cartilage thyroïde ; il fut ouvert et on aperçut une cavité en communication avec l'abcès de l'amygdale droite.

Deux jours après, mort par grande hémorragie, le sang jaillit par la bouche et le nez.

OBSERVATION XX

(Hall, Boston Med. J., déc. 1887.

Zarfdjian, Th. méd. Bordeaux, 1903.)

Cas d'hémorragie à la suite d'un abcès tonsillaire suivie de mort.

W..., vingt-six ans, atteint depuis deux semaines d'une esquinancie qui a saigné abondamment par la bouche, deux litres (?), dit le malade. Il a de nouveau plusieurs petites hémorragies pour lesquelles il vient consulter.

Amygdale gauche gonflée, mais très peu gênante ; perchlorure de fer, extrait fluide d'ergotine.

Le lendemain, trois grandes hémorragies, le sujet est pâle et faible. L'examen de la gorge démontre que le sang provient de l'amygdale droite. Au moyen du stylet, on tombe dans une cavité formée par le phlegmon de l'amygdale qu'il avait eu quelque temps auparavant : pansement styptique.

A 10 heures du soir et à minuit, deux hémorragies arrêtées par le malade au moyen de la pression digitale. Pouls presque imperceptible au poignet.

L'amygdale est de nouveau enflammée ; une exploration à la sonde cannelée ramène un peu de pus. Deux jours plus tard, en toussant, le malade rejette par la bouche une matière concrète du volume d'un œuf de poule.

Jusqu'au 16 octobre, bon état de santé.

A cette date à 2 h. 1/2 de l'après-midi, on vient subitement me demander, je trouve le sujet étendu par terre, sans connaissance, ayant perdu par la bouche et par le nez une notable quantité de sang. Le malade expire.

OBSERVATION XXI

(Revers, citée par Chapelle, New-York med. Journ., LXIII, p. 371, 1901. — Zarfdjian, Th. de méd. Bordeaux, 1903.)

Abcès de l'amygdale ouvert spontanément; le même jour hémorragie. — A la suite, cinq ou six hémorragies nouvelles se produisent. — Il propose la ligature de la carotide qui est repoussée.

Mort à la suite de plusieurs autres hémorragies.

OBSERVATION XXII

(Ehrmann, Bull. Soc. chir., 1878, p. 666.)

Phlegmon de la région amygdalienne chez un sujet en apparence bien portant. — Ouverture spontanée de l'abcès au huitième ou au neuvième jour. — Hémorragie foudroyante. — Ligature de la carotide primitive. — Guérison.

Il s'agit d'un jeune Italien, âgé de vingt-deux ans, de bonne constitution, entré à l'hôpital de Mulhouse le 28 avril 1875 pour une angine tonsillaire datant de peu de jours et localisée à droite. Empâtement douloureux de la région sous-maxillaire, dysphagie et fièvre. On pense avoir affaire à une esquinancie simple, et le malade est tenu deux jours durant aux boissons émollientes et aux cataplasmes.

Le troisième jour de l'entrée, 1^{er} mai, à 6 heures du matin,

après une nuit agitée, l'abcès s'ouvre spontanément dans la gorge : mais tout aussitôt un flot de sang vermeil inonde la cavité buccale, et en quelques secondes il en est rendu plus d'un demi-litre.

A 9 h. 1/2, nouvelle hémorragie aussi soudaine que la première, mais un peu moins abondante; le malade examiné à ce moment présente une grande anxiété, pâleur considérable; sueurs froides; pouls accéléré, petit. Empatement étendu, mais peu douloureux de la région sous-maxillaire. A l'inspection de la gorge, rendue difficile par le serrement des mâchoires: tuméfaction, rougeur œdémateuse du voile du palais; un caillot frais, volumineux, masque à droite la région des piliers et de la base de la langue. A la palpation de la tumeur pas de battements manifestes.

A peine une demi-heure après troisième hémorragie aussi considérable à elle seule que les deux premières. Le malade était dans un état syncopal, très pâle, comme exsangue: extrémités froides; pouls filiforme. La ligature de la carotide primitive fut pratiquée immédiatement. Les suites de l'opération furent heureuses. On continua par précaution les applications de glace pendant les trois premiers jours. L'hémorragie ne se reproduisit plus. Il y eut, jusqu'à la fin de la première semaine, une assez forte réaction fébrile persistante; pendant plusieurs jours encore, de l'empatement pharyngo-maxillaire. Écoulement dans la bouche d'un pus fétide.

Pas de troubles cérébraux; légère aphonie qui se dissipa le quatrième jour.

La fièvre tomba la deuxième semaine, et le malade reprit peu à peu ses forces. Les fils tombèrent le seizième jour.

Le malade sortait guéri le 18 juin 1875.

Bien qu'il n'ait pas été possible ici de constater automatiquement le point de départ de l'hémorragie, il ne semble pas douteux, en raison de son extrême abondance et de sa soudaineté, que le vaisseau lésé n'ait été, ici, la carotide interne.

OBSERVATION XXIII

(Messiter, the Lancet, 13 janvier 1883. — Vergely, Journ. de méd. de Bordeaux, 1886.)

Ligature de la carotide gauche pour cause d'hémorragie

Homme vingt-quatre ans, entre à l'hôpital le 2 octobre 1882. Le 11 octobre il prit froid: abcès de l'amygdale avec gonflement très considérable du cou et de la région maxillaire.

15 octobre. — Hémorragie profuse artérielle; grande faiblesse, lèvres décolorées, pouls dépressible; vingt heures après nouvelle hémorragie, syncope, danger imminent.

19 octobre. — Récidive d'hémorragie.

20 octobre. — Ligature de la carotide gauche.

21 octobre. — Température élevée.

6 novembre. — Nouvel accès.

17 novembre. — Amélioration très marquée.

OBSERVATION XXIV

(Lewis, A. Coffin, Académie de Médecine de New-York, section d'Otologie, 10 mars 1911. — Arch. intern. de Laryng., t. XXXIII, p. 556, 1912.)

*Hémorragie mortelle après un abcès péri-amygdalien.
Hémorragie par le nez, la gorge et l'oreille.*

Abcès péri-amygdalien compliqué de suppuration aiguë. Rupture spontanée probable de l'abcès périlaryngé et vidage total ou partiel; l'oreille peut s'être ouverte au même moment; mais le processus nécrotique a dû suivre son cours jusqu'à ce qu'une artère, probablement la carotide anormalement placée, ait été à son tour lésée. La formation d'un caillot dans la poche abcédée a peut-être un moment arrêté l'hémorragie, qui réapparut tout à fait grave et mortelle deux jours après.

OBSERVATION XXV,

(Kleiper, The laryngoscope, n° 6, juin 1905. — Revue hebdo. de Laryngo, t. II, 1905, p. 661).

Hémorragie spontanée d'une amygdale enflammée.

19 novembre 1904. — L'auteur fut appelé par un confrère en consultation auprès d'une femme de trente ans, atteinte d'une hémorragie spontanée de l'amygdale droite.

La malade était sujette à des abcès périlaryngés à répé-

tition, et deux jours avant l'accident, son médecin lui incisa un abcès droit et évacua une grande quantité de pus fétide.

L'hémorragie s'est déclarée à une heure du matin, et six heures après, elle n'avait pas encore cessé malgré tous les moyens employés. A son arrivée, l'auteur constata une tuméfaction énorme de l'amygdale droite et du tissu péri-amygdalien; cette tuméfaction dépassait la ligne médiane et touchait presque la tonsille opposée laissant un petit orifice par lequel la malade respirait difficilement.

L'hémorragie était apparemment postérieure, et après une heure et demie d'efforts inutiles pour l'arrêter la patiente fut transportée à l'hôpital. L'auteur se proposa de lier la carotide, mais y renonça, l'hémorragie s'étant finalement arrêtée.

Le lendemain la malade, malgré les conseils des médecins, quitta l'hôpital et rentra chez elle. Au milieu de la nuit récidive de l'hémorragie, qui n'a cessé qu'au bout de douze heures, après tamponnement profond, avec une solution de tannin et d'antipyrine à parties égales, et d'administration à l'intérieur de chlorure de calcium, en trois doses de 40 centigrammes chaque, toutes les deux heures. L'hémorragie ne s'est plus reproduite, mais la malade était exsangue et extrêmement affaiblie.

OBSERVATIONS XXVI et XXVII

(Lebram, Dt. Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, t. LI, 1906. —
Revue hebdo. de Laryngo, 1906, t. II, p. 520).

Deux cas de perforation de la carotide par un processus inflammatoire dans la région amygdalienne ont été observés par l'auteur à la clinique du professeur Hinsberg.

1° Dans le premier, il s'agit d'une jeune fille de neuf ans qui souffrait d'une angine. Après onze jours, sans cause appréciable, hémorragies par la bouche, le nez, l'oreille droite. La patiente est conduite à la clinique dans un état d'anémie grave. Gonflement dans la gorge; une incision exploratrice met au jour une grande quantité de gros caillots mêlés à du pus; pas de sang fluide. Dans la nuit, violente hémorragie. Ligature de la carotide primitive, suivie de l'arrêt de l'hémorragie; mais hémiplégie du côté opposé du corps. La disparition de la paralysie se fit assez rapidement. Après quatre semaines, la branche cervicale du facial est encore parésinée.

En somme, l'angine avait déterminé la formation d'un abcès péri amygdalien dont le pus avait gagné le tissu connectif lâche de la gorge, et de là, par l'infection des ganglions lymphatiques, la carotide interne. Dans la cavité de l'abcès, il s'était formé un anévrisme diffus;

2° Dans le deuxième cas, il s'agit d'un jeune enfant de deux ans, souffrant d'une forte fièvre, avec gonflement des ganglions de l'angle maxillaire inférieur, à droite, et du

bord antérieur du sterno-mastoïdien du même côté. Écoulement de sang et de pus par le conduit auditif externe droit. L'aspect du tympan et du conduit montrent qu'ils ne sont pas en cause. Seule, une légère voussure de la partie droite du voile palatin fait penser à une maladie de la gorge. On pense à un abcès formé dans la glande sous-maxillaire ; mise à nu, elle est trouvée très enflammée, mais cette inflammation est secondaire et le foyer primitif est à trouver. Les pertes de sang sont moindres, mais l'état général devient plus mauvais ; le gonflement du palais augmente ; on fait une incision de l'abcès pharyngien. A la fin de l'intervention, hémorragie foudroyante qui tue le malade.

OBSERVATION XXVIII

(Clutton, Brit. med. Journal, 1897.

Lebram D^t, Zeitschrift, fl. ohrenheilkunde, t. LI, 1906.)

Homme âgé de vingt-huit ans, entre à l'hôpital le 20 juin 1897.

Le jour suivant hémorragie profuse venant d'un abcès situé dans le pharynx, au-dessus de l'amygdale droite.

Le 24 ouverture du voile du palais où l'on sent une collection nettement fluctuante, cette collection s'étend profondément vers le cou, élargissement de l'ouverture et tamponnement de la cavité de l'abcès.

Hémorragie grave dans la nuit.

Le jour suivant ligature des carotides : primitive, interne et externe. Guérison.

OBSERVATIONS XXIX et XXX

(Kaplan, Archives int. de laryng., 1907, t. XXIII.)

Rousky Vratels, 23 décembre, 1906.)

*Deux cas d'hémorragie mortelle dans l'angine
phlegmoneuse périlonsillite*

1° XXIX. — Paysan de vingt-deux ans, angine aiguë depuis trois jours ; puis tuméfaction à droite sous l'angle du maxillaire inférieur. Opération, tamponnement, quatre jours après apparurent des hémorragies qui nécessitèrent la ligature de la carotide primitive droite. Peu de temps après, hémi-paralysie et mort.

2° XXX. — Paysan de dix-neuf ans, malade depuis quatre jours.

Opération. — Incision du phlegmon, tamponnement. Des phénomènes d'asphyxie nécessitèrent la trachéotomie. Le lendemain hémorragie par la canule de la trachée, la bouche et le nez. Ligature de la carotide primitive droite. A l'autopsie, on trouva que le processus inflammatoire avait perforé la *carotide interne*.

OBSERVATION XXXXI

(Newcomb, Arch. int. de laryng. d'oto.

et de rhino, t. XXVI, 1908.)

Homme cinquante-cinq ans, artério-scléreux.

Nombreuses esquincies antérieures.

3 février. — Nouvelle attaque.

5 février. — Collection du côté gauche, plutôt dans le voile du palais, on incise au bistouri, il s'écoule du pus ; puis la poche est de nouveau distendue par du sang ; elle est nettoyée de ses caillots et l'hémorragie arrêtée par l'eau oxygénée.

7 février. — Nouvelle hémorragie plus persistante et plus abondante à caractère artériel, la suppuration a détruit la partie postérieure du voile.

Ligature de la carotide primitive.

Guérison.

OBSERVATION XXXII

(Potemski, Gaz. med. di Roma, vol. XIII, 1887, p. 73.

Newcomb.)

Homme adulte présentant un abcès périamygdalien. Ouverture spontanée de l'abcès, vingt-quatre heures après hémorragie abondante qui nécessita une ligature de la carotide primitive.

Le malade guérit.

On croit à une lésion de la carotide interne.

OBSERVATION XXXIII

(Brewer, Yale med. Journ. vol. V, 1898-1899. — Newcomb.)

Homme vingt-cinq ans, abcès périamygdalien, ouverture spontanée, hémorragie immédiate peu abondante et plus tard nouvelle hémorragie, pas d'opération ; on tenta la com-

pression de la face postérieure du voile du palais au moyen de rouleaux de gaze qu'on ramena par un fil passé dans les narines. Arrêt de l'hémorragie pendant quelque temps, mais plus tard nouvelle hémorragie mortelle; on pensa à l'ulcération de la carotide interne dans un petit abcès qui s'était ouvert sur la face postérieure du voile.

OBSERVATION XXXIV

(Dunn, Amer. Journ. med. Sci., sept. 1892, Newcomb.)

Enfant, trois ans et demi, présentant un abcès pharyngien. Ouverture spontanée avec hémorragie immédiate, nouvelle hémorragie vingt-quatre heures après.

Hématome cervical. — Ligature de la carotide primitive, après quoi la tumeur diminua progressivement de volume; on constata que l'hémorragie venait du pilier postérieur.

OBSERVATION XXXV

(Pircher, 1862, in Werner Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1902.)

Fillette de huit ans, angine avec douleur fulgurante à l'insertion supérieure du sterno-cléido-mastoïdien.

Amélioration puis récurrence six jours après dans la région du pilier antérieur droit. Tumeur molle non pulsatile. Fluctuation non distincte dans la profondeur, trismus et langage incompréhensible; évacuation spontanée de 50 grammes de sang par la bouche.

Nouvelle amélioration passagère.

Quelques jours plus tard hémorragie mortelle en faisant des efforts pour aller à la selle.

Autopsie. — Ouverture d'un anévrisme de la carotide interne immédiatement au-dessus de la bifurcation.

OBSERVATION XXXVI

(Wulff, Munchner med. Wochenschr., 1900, in Werner.)

*Abcès tonsillaire. — Anévrisme faux de la carotide interne.
Guérison.*

Fillette âgée de huit ans, ayant eu un mois auparavant une angine folliculaire, présentant dans la région tonsillaire un gonflement de la grosseur d'une noix ; on pensait alors à un abcès de l'amygdale et on s'apprêtait à l'inciser lorsqu'en faisant un mouvement de déglutition la tumeur se rompit et cette rupture fut suivie d'une hémorragie violente : il s'écoulait par la bouche un jet de sang de plusieurs pouces de longueur, elle se renouvela à trois reprises différentes, et on évalua à un demi-litre la quantité de sang perdu.

La tumeur avait disparu presque complètement lorsque deux semaines après il se produisit un nouveau gonflement de l'amygdale qui fut incisé, il s'en écoula du pus.

On observait alors une tumeur de la paroi pharyngée postérieure dans laquelle des ponctions répétées donnaient chaque fois du sang clair. Il se développa en outre une tuméfaction sous-maxillaire et à ce moment l'amygdale gauche et le pilier postérieur gauche du voile du palais étaient repoussés

en avant, en haut et vers la ligne médiane qu'ils dépassaient. Pulsations très nettes de la tumeur qui s'arrête lors de la compression de la carotide commune.

Une nouvelle ponction explorative donne du sang rouge clair.

L'auscultation fait entendre un bruit systolique.

La compression digitale de la tumeur n'amenant aucune amélioration, on fait la ligature de la carotide primitive.

La tumeur diminue et une ponction faite quelque temps après décelait la présence de caillots.

La guérison complète survint, retardée cependant par la suppuration de la cavité anévrysmale.

OBSERVATION XXXVII

(Moty et Delporte, Revue heb. de Laryngologie, 1908, t. I, p. 163. — Arch. de méd et de pharm. mil., sep. 1907.)

Abcès latéro-pharyngien gauche, suite d'amygdalite ; hémorragies répétées, ligature de la carotide primitive gauche. — Guérison.

D..., soldat au 3^e génie, entre à l'hôpital de Verdun le 12 janvier 1907. Depuis huit jours, fièvre, dysphagie, raideur de la nuque. Rougeur du voile palatin, du pharynx, des amygdales, particulièrement de la gauche qui est tuméfiée : les piliers gauches sont tuméfiés, œdémateux, surtout le postérieur. Ces phénomènes s'amendent rapidement, le phlegmon paraît se résorber.

Mais deux jours après, l'amygdale gauche grossit de nouveau, les piliers se tuméfient, le postérieur se continue avec la paroi gauche du pharynx bombée en avant.

Dans la nuit du 18 au 19 janvier expectoration de mucosités sanguinolentes. La déglutition est devenue plus facile.

Dans la nuit du 19 au 20, brusquement pendant le sommeil, forte quinte de toux, suivie d'une abondante hémoptysie qui s'arrête spontanément. A 3 heures du matin, nouvelle hémoptysie : la paroi postérieure du pharynx est à ce moment soulevée par une tuméfaction violacée, tendue, indice d'hématome sous-muqueux qui se vide par un petit orifice béant.

A 6 heures du matin l'hémorragie ne cédant pas aux moyens employés, ligature de la carotide primitive gauche.

Le lendemain température élevée, myosis de l'œil gauche, pouls 120 ; pas de troubles cérébraux.

L'hématome sous-muqueux se vide les jours suivants : expectoration de mucosités sanguinolentes, puis de pus fétide.

15 février. — Le malade est guéri. Il persiste un peu de myosis à gauche ; le pouls temporal n'est pas perçu, le pouls radial gauche est un peu plus fort qu'à droite. Aucun trouble cérébral.

Il s'agissait en l'espèce d'un abcès latéro-pharyngien, variété d'abcès au cours duquel l'une des carotides est souvent ulcérée, ce qui donne lieu soit à un anévrisme diffus, qui s'ouvre bientôt dans le pharynx, soit à des hémorragies moins graves n'amenant la mort qu'après plusieurs récidives.

Ces observations d'ulcération de la carotide

interne que nous avons réunies à la suite d'abcès péri-amygdaliens montrent bien qu'il ne s'agit pas là d'une complication exceptionnelle, tout au plus peut-on la qualifier de rare.

Tillaux (1) prétendait que cette ulcération était rendue impossible par la présence d'une aponévrose séparant ce vaisseau de l'amygdale mais cette complication ne se rencontre que dans les formes sérieuses d'abcès de l'amygdale dans lesquels la suppuration gagne les ganglions carotidiens et les tissus environnants par l'intermédiaire des lymphatiques, l'aponévrose ne peut pas empêcher ce mode de propagation.

Cette virulence extrême que peuvent atteindre ces affections amygdaliennes vient de leur contact avec le passage de l'air, ceci est analogue aux abcès de la bouche qui ont une fétidité et une virulence bien connues.

Le pus et les gaz confinés dans l'espace maxillo-pharyngien déterminent une mort rapide de la paroi artérielle, avant que, par un processus naturel de conservation, cette paroi ait eu le temps de subir une hypertrophie de compensation.

Outre cette faiblesse de la paroi vasculaire, nous devons encore admettre, dans quelques cas, certaines causes adjuvantes de rupture, telles que la toux ou tout effort musculaire violent susceptible d'augmenter momentanément la tension vasculaire.

1. *Bull. Soc. Chir.*, 1873. Article de Monod.

Ces malades sont d'ailleurs tout spécialement portés à tousser à cause de l'irritation produite par les premières gouttes de sang qui leur coule dans le pharynx et la plus petite ouverture dans le vaisseau peut être l'origine d'une déchirure redoutable. Une autre cause, cette fois après incision de l'abcès, c'est la diminution brusque de pression qui en résulte pour le vaisseau lequel, plongé dans le pus, y reposait comme sur un coussin élastique. La surface affaiblie du vaisseau se trouve ainsi comprise entre la compression intérieure exercée par le sang et la compression extérieure exercée par la poche de l'abcès ; si cette dernière est subitement vidée par l'incision, l'équilibre est rompu et la paroi affaiblie du vaisseau, ne pouvant plus résister à la compression intérieure, s'entr'ouvre. C'est là une question de grande importance pour le chirurgien, car le malade ou ses amis sont enclins à attribuer à une intervention maladroite l'hémorragie qui succède à l'incision. En un certain sens c'est vrai, c'est le chirurgien qui est cause de l'hémorragie, mais combien il est préférable qu'elle se produise dans ces circonstances plutôt que d'attendre que l'ulcération du vaisseau se soit étendue et que l'abcès crève, alors qu'on est loin de tout secours...

Parfois, malgré l'ulcération, il ne se fait pas d'hémorragie lorsqu'un caillot joue le rôle de tampon, caillot qui plus tard pourra s'organiser.

Même dans un cas d'anévrisme, l'ouverture, si elle n'est pas trop grande, peut être obstruée par un

thrombus et alors l'incision est beaucoup moins dangereuse même si, une fois l'abcès vidé, le thrombus se détache en partie et que l'hémorragie reparaisse. Il peut se faire que le thrombus remplisse complètement le sac anévrisimal et s'organise. C'est ainsi qu'on peut parfois expliquer une guérison naturelle.

On a moins de chance d'obtenir un résultat aussi favorable si le thrombus est entouré de pus. La formation d'un anévrisme faux dépend aussi de la solidité de la paroi de l'abcès ; si elle est friable et qu'elle se rompe on aura sans doute une hémorragie fatale, la même chose arrivera si l'abcès s'est ouvert avant que la paroi artérielle ne se perforé.

§ 3. — ABCÈS RÉTRO-PHARYNGÉS

OBSERVATION XXXVIII

(Sokoloff, Rev. hebd. de laryngo., 1912, t. I, p. 639.

Monatsch. f. Ohrenheilk, 1911, n° 3.)

*Abcès rétro-pharyngien. — Ulcération
de la carotide interne. — Mort par hémorragie*

Il s'agit d'un enfant de deux ans, ayant un abcès rétro-pharyngien chez lequel l'abcès se rompit spontanément au moment de l'exploration et donna lieu à une hémorragie foudroyante, qui emporta l'enfant en dix minutes.

A l'autopsie, on constata une ulcération de la carotide interne.

OBSERVATION XXXIX

(Travers, British Med. Journ., 6 sept. 1902).

Revue hebdomadaire de laryngo, 1903, t. I, p. 253.

Abcès retro-pharyngé ; hémorragie secondaire ; ligature de la jugulaire interne et de la carotide commune gauches ; guérison.

Le malade, âgé de vingt-quatre ans, souffrait depuis huit jours, à la suite d'un refroidissement, de mal de gorge, avec difficulté respiratoire et dysphagie. On trouva au niveau du pharynx une vaste tumeur fluctuante qui obstruait presque complètement l'isthme du pharynx. Le lendemain, sous l'anesthésie chloroformique, on fit une incision le long du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien gauche et on enfonça le bistouri jusqu'au niveau des apophyses transverses des vertèbres; en dirigeant alors avec précaution la pointe du bistouri vers la ligne médiane, on réussit à ouvrir l'abcès, sans endommager la gaine des vaisseaux. Il s'échappa du pus, et on put s'assurer que la cavité de l'abcès s'étendait assez loin en haut et en bas, jusque sous l'aponévrose, et s'arrêtait tout près de la gaine des vaisseaux. On introduisit un tube de drainage et on appliqua un pansement à la gaze. Les jours suivants, la température était redevenue normale. Cinq jours après l'opération, la suppuration paraissait tarie et on avait résolu d'enlever le pansement, lorsqu'en enlevant celui de la veille, on vit s'échapper de la plaie un filet de sang effrayant, d'aspect veineux, et qu'on ne pouvait arrê-

ter qu'en comprimant les gros vaisseaux au-dessus et au-dessous de la plaie.

Le malade, ayant perdu une grande quantité de sang, se trouvait très affaibli, et on résolut de procéder avec rapidité. On divisa la peau et le sterno-mastoïdien par une incision perpendiculaire à la plaie primitive, et, en écartant le muscle divisé, on exposa la source de l'hémorragie, c'était une ulcération de la gaine de la carotide communiquant avec la jugulaire interne.

On ouvrit la gaine au-dessus de la veine, et on passa une ligature autour du bout proximal du vaisseau. Une tentative de poser une ligature au-dessus de l'ouverture resta sans succès, le fil n'ayant pu être posé sur la paroi ramollie du vaisseau; mais s'étant assuré que la compression de la carotide commune, au-dessus du point de sa division, était suivie d'un arrêt de l'hémorragie, une ligature fut posée à ce niveau. La partie supérieure de la plaie fut tamponnée avec une bandelette de gaze et un tube assez fin introduit dans la cavité de l'abcès, considérablement diminué. La gaine des vaisseaux a été suturée au catgut, de façon à isoler les ligatures de la plaie infectée, et les bouts du sterno-mastoïdien furent également réunis à l'aide de fils de catgut.

Le malade a fini par se rétablir complètement et ne présenter aucun trouble pouvant être attribué à la ligature de la carotide commune ou à la section du sterno-mastoïdien. Les pulsations sont revenues dans les branches de la carotide interne, mais n'existent pas dans la carotide commune.

OBSERVATION XXXX

(Franklin, New-York news, t. LXII, 1898. —
Newcomb., arch. int. de laryngo., t. XXVI, 1900).

Enfant mâle de huit ans ; ouverture spontanée d'un abcès rétro-pharyngien, pas d'opération, guérison ; on apercevait nettement un gonflement pulsatile à la partie extérieure du côté du cou, symptômes de septicémie, plus tard persistance d'un gonflement extérieur. L'aphonie ne disparut pas avant plusieurs mois, convalescence longue et pénible ; un an après, il existait une légère faiblesse du bras et un pied varus équin ; embolie probable de l'artère cérébrale moyenne, une des branches terminales de la carotide interne.

OBSERVATION XXXXI

(Carmichaël, Vergely, journ. de méd, de Bordeaux 1886. —
Lebram, *Zeitschrift. f. Ohrenheilkunde*, t. LI, 1906).

Enfant de cinq semaines, présenta des symptômes d'abcès rétro-pharyngé avec dysphagie et dyspnée.

Quarante-huit heures après, hémorragie foudroyante.

L'autopsie, montra l'abcès rétro-pharyngé en communication avec la carotide interne qui était ulcérée.

OBSERVATION XXXXII

(Erichsen, Science and. art. of. Surgery, London 1870. —
Newcomb. Arch. int. de Laryngo, t. XXVI. 1908.)

Abcès rétro-pharyngien ouvert spontanément au septième jour, hémorragie mortelle provenant de la cavité de l'abcès ; à l'autopsie on constate que l'abcès était en rapport avec la carotide interne qui avait été perforée.

L'abcès rétro-pharyngien ulcère bien moins la carotide interne que le phlegmon périamygdalien ; la raison en est facile à comprendre ; dans l'abcès amygdalien la suppuration gagne rapidement la gaine des vaisseaux par l'intermédiaire des lymphatiques tandis que l'abcès rétro-pharyngé représente l'infection d'un territoire lymphatique tout différent ; cette infection part du naso-pharynx et reste limitée le plus souvent aux ganglions de Gillette situés dans l'espace rétro-pharyngien ou prévertébral. Il peut arriver que cette infection s'étende aux ganglions carotidiens, l'abcès fuse latéralement et tend à se faire jour à l'extérieur du côté du cou, comme c'est le cas des observations de Travers et Franklin, l'ulcération de la carotide peut se produire. Dans les trois autres observations de Sokoloff, Carmichaël, Erichsen il est probable, quoique l'on n'ait rien constaté au cou, que c'est par un processus de ce genre que la carotide interne a été atteinte...

§ 4. — SUPPURATIONS SECONDAIRES
(SCARLATINE, INFLUENZA, DIPHTÉRIE)

L'ulcération de la carotide interne au cours d'une scarlatine n'est pas chose rare, les observations que nous avons rassemblées en font foi. En général, dans ces cas, l'angine du début a été très intense et s'est accompagnée d'abcès péri-amygdalien ou bien au décours de cette affection il s'est développé un adénophlegmon du cou qui ulcère le vaisseau par le processus inflammatoire que nous avons signalé, avec cette différence cependant, que la scarlatine est une maladie hémorragique diminuant par artérite la résistance des parois artérielles, et favorisant ainsi leur destruction.

Quand les parois de l'abcès sont très résistantes et que la carotide s'est ouverte dans la cavité de l'abcès, on peut assister à la formation d'un anévrysme faux avec tous ses caractères : pulsations, et bruit de souffle.

Cet anévrysme peut ou bien s'ouvrir en donnant lieu à une hémorragie foudroyante ou bien évoluer vers la guérison par coagulation du sang à l'intérieur de la cavité et organisation de ce caillot ; ce mode de guérison est très rare et nous n'en possédons que 2 observations : Lyot et Petit et Bacquelin.

OBSERVATION XLIII

(Weinbechner, Wiener med. Blatter, n° 53, 1885. — Lebram
Deutsche Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, t. LI, 1906.)

Homme âgé de trente ans, scarlatine légère, fièvre, céphalalgie, frissons intenses.

Le jour suivant voile du palais et luette œdématiés et rouges.

Deux jours après dysphagie et pulsations dans la paroi gauche du cou ; deux taches ecchymotiques sous-muqueuses au bord du voile du palais avec une grosse vésicule transparente. Accès d'asphyxie.

Augmentation de la tumeur.

Rejet de sang. Les difficultés de déglutition et de respiration cessent, aphonie.

Pendant un jour hémorragies répétées pendant lesquelles la tumeur diminuait pour réapparaître peu de temps après.

Le lendemain ligature de la carotide primitive, élimination de pus. Guérison.

OBSERVATION XLIV

(Lyot et Petit, Gazette médicale de Paris, 1897.)

Jeune fille de dix-neuf ans contracte scarlatine.

Un mois et demi après le début :

Torticolis, douleur dans la région sous-amiculaire...

Tuméfaction du volume d'une noix sous la mastoïde, battements élastiques.

Gorge : amygdale refoulée vers la ligne médiane, pilier postérieur et voile du palais est saillant ainsi que la paroi latérale du pharynx.

Guérison spontanée en deux mois.

OBSERVATION XLV

(Tweedy, Société royale de médecine de Londres, 1^{er} nov. 1912. — Rolleston, Arch. intern. de laryng., 1913, t. XXXV, p. 493.)

Tweedy a présenté à la Société royale de médecine un spécimen d'ulcération de la carotide interne chez un enfant de vingt mois, à la suite d'un mal de gorge, probablement consécutif à une scarlatine, car un frère du malade avait eu cette affection quelque temps avant.

L'hémorragie mortelle est survenue spontanément.

OBSERVATION XLVI

(Bacquelin, Th. de méd. Paris 1897-1898.)

L. D., âgée de dix-neuf ans, entre le 27 juillet 1896 dans le service de Le Dentu.

En mai, scarlatine avec forte angine du début, elle a souffert beaucoup de la gorge pendant la première période de sa maladie ; pendant le cours de la desquamation la malade a ressenti dans la nuit du 13 juillet des douleurs sourdes dans

la partie supérieure gauche du cou, douleurs qu'elle crut résulter d'un torticolis.

Au bout de huit jours, sans avoir présenté de température, la malade s'aperçut qu'il existait un empâtement, une légère tuméfaction à la partie supérieure gauche du cou. Pendant la semaine suivante les douleurs ont continué avec les mêmes caractères et la tumeur a grossi progressivement.

La malade va consulter à l'hôpital Necker où l'on porte le diagnostic d'adéno-phlegmon du cou consécutif à la scarlatine, elle est admise et envoyée au service de chirurgie.

On constate, du côté gauche, une tuméfaction qui occupe la partie supérieure du cou, au-dessous du lobule de l'oreille, dans la région sterno-mastoïdienne supérieure. Cette tuméfaction est recouverte par des téguments sains, présentant l'épaisseur et la coloration normales.

Cette tumeur qui est profondément située sous le muscle sterno-mastoïdien a le volume d'une grosse noix, elle se prolonge vers la base du crâne. Elle donne à la palpation une sensation de mollesse et de fluctuation profonde, elle est peu douloureuse, s'accompagne de douleurs irradiées vers l'oreille du même côté. La tumeur est animée de battements très nets et présente des mouvements d'extension synchrones au pouls.

On entend un souffle anévrisimal caractéristique.

Gêne à la déglutition, pas de troubles de la phonation. La gorge est un peu rauque à gauche. L'amygdale gauche refoulée vers la ligne médiane fait une saillie notable ainsi que les piliers gauches du voile, vers l'isthme du gosier.

Le doigt introduit dans la bouche perçoit les battements.

Par la palpation bipolaire de la tumeur, un doigt dans la

bouche et un autre à l'extérieur, l'expansion est très manifeste.

Les caractères de la tumeur, l'absence de modification du pouls de l'artère temporale font songer à un anévrisme de la carotide interne.

La ponction de la tumeur fait retirer du sang en nature ; ce sang ne contenait aucun élément microbien.

Quinze jours après, la malade a la voix nasonnée et présente des troubles de la déglutition ; les liquides refluent par les fosses nasales. La tuméfaction, encore très nette semble pourtant un peu moins marquée qu'au début ; au contraire, du côté du pharynx, l'amygdale est beaucoup plus saillante.

On institue un traitement général tonique, enveloppement ouaté du cou.

12 août. — La tuméfaction extérieure a considérablement diminué, le souffle est encore perceptible.

16 août. — Il ne reste qu'un peu de gonflement du côté gauche de la gorge. Le 20 elle quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XXXXVII

(Pepper, *Brid. med. journal*, 4 nov. 1883. — Newcomb, *Arch. intern. de Laryngo*. t. XXVI, 1908).

Homme trente ans, abcès pharyngien au cours d'une scarlatine. Ouverture spontanée, hémorragie abondante avec récurrence qui nécessite la ligature de la carotide primitive. Guérison.

On croit que le sang venait de la carotide interne ; la corde vocale gauche était paralysée avant l'opération.

OBSERVATION XXXXVIII

(Bull. Soc. chir. 1878, p. 666. — Immermann (de Bâle),
citée par Ehrmann).

Un jeune malade de dix-sept ans, traité à sa clinique au mois de novembre 1876, et chez lequel, au huitième jour d'une scarlatine jusque-là normale, apparaissait dans la région sous-maxillaire droite, une tuméfaction douloureuse, à développement rapide, coïncidant avec une augmentation de la fièvre et s'accompagnant d'une forte gêne de la déglutition. Le surlendemain, dans la nuit, se produisait subitement une hémorragie par la bouche et par le nez, et le malade succombait en moins de cinq minutes. L'autopsie révéla l'existence d'un abcès tonsillaire profond qui s'était ouvert dans l'arrière-bouche, et qui, d'autre part, *avait perforé la carotide*. Une assez grande quantité de sang s'était introduite dans les bronches.

OBSERVATION XXXXIX

(Fraser, British med. journal 1872. — Gazette hebdomadaire 1873, p. 43. — Monod, Bull. Soc. chir., octobre 1882).

Scarlatine, phlegmon du cou, ulcération de la carotide interne

Il s'agit d'une malade parvenue au vingt-sixième jour d'une scarlatine, reprise de fièvre et d'un gonflement inflammatoire

dans la région latérale gauche du cou. Huit jours plus tard, les symptômes locaux et généraux étant amendés et la malade sur le point de quitter l'hôpital, hémorragie subite, foudroyante, par la bouche. Mort en un quart d'heure.

A l'autopsie. — Abscès à contenu fétide, ouvert dans le pharynx et ayant perforé la carotide interne.

Nous pouvons rapprocher de ces cas ceux observés au cours de grippe, la pathogénie des lésions artérielles est la même :

OBSERVATION L

(Bodone de San-Remo. — Rev. hebd. de Laryngo 1906, t. II, p. 293).

Jeune fille de dix-neuf ans, convalescente d'influenza, est atteinte d'un abcès périamygdalien à droite, l'opération est tardivement acceptée par les parents. L'ouverture est pratiquée, soulagement immédiat.

Le lendemain matin, la malade se met à cracher du sang, environ 500 grammes. Tamponnement à la gaze dans la cavité de l'abcès, après avoir raclé à la curette la paroi de celle-ci. Guérison.

OBSERVATION LI

(Werner, Deutsche Zeitschrift für Chir., 1903, t. LXVII.

Homme de soixante ans, fortement musclé, sans antécédent héréditaire.

Présente depuis trois ans une tuméfaction dans le pharynx qui est apparue pendant une influenza.

Cette tumeur présente des pulsations fortes, elle est très nettement fluctuante et élastique.

Ligature de la carotide primitive suivie de la disparition de la tumeur et des pulsations.

Guérison durable.

OBSERVATION LII

(Angelo del Fabro, XIII^e Congrès international de Médecine.
Paris, août 1900.)

Homme de soixante ans, robuste, exempt de toute tare héréditaire ; présentait à la suite d'une influenza une grosseur dans le cou qui gênait la respiration : les pulsations étaient nettes et fortes et les parois tendues, élastiques et fluctuantes.

La ligature de la carotide interne a été exécutée avec toutes les règles de l'art, après quoi les pulsations et la tuméfaction disparurent complètement.

Guérison définitive.

Enfin l'observation de Rolleston nous montre que la diphtérie peut, elle aussi, occasionner des ulcérations de la carotide interne. C'est surtout dans les formes graves, causées par les associations microbiennes, que cette redoutable complication se produit, dans ces cas il existe souvent des adénopathies

volumineuses qui donnent au cou un aspect particulier dit cou préconsulaire ; parfois cette adénopathie passe à la suppuration. Il peut encore se former des abcès amygdaliens comme c'est le cas de notre observation.

OBSERVATION LIII

(Rolleston, Arch. intern. de laryng., 1913, t. XXXV, p. 493.)

Un cas de mort par hémorragie de la gorge (diphtérie)

Une petite fille de six ans entre à l'hôpital le 22 octobre avec le diagnostic de diphtérie. A part une attaque de coqueluche à trois ans, elle avait eu jusqu'ici une très bonne santé et il n'y avait pas dans la famille d'antécédents d'hémophilie.

Cinq semaines avant son entrée elle avait eu une rougeole et, depuis, la voix était rauque.

20 octobre. — Elle se plaint de mal de gorge, le 22 elle est prise de toux croupale et en même temps d'un engorgement des ganglions du cou.

Etat à son entrée : dépôt sur les deux amygdales et la luette, un peu d'écoulement nasal, voix rauque et dysphagie ; température 37°7 ; on injecte 16.000 unités d'antitoxine diphtérique.

23 octobre. — Le dépôt a disparu, laissant une ulcération bien nette sur les amygdales et sur la luette. Aucune odeur. Pas d'organismes de Vincent dans les sécrétions de la gorge ; température entre 39°5 et 37°7.

24 octobre. — Moins de dysphagie; température entre 39 et 37 degrés.

25 octobre. — A 9 heures du soir elle est prise d'une quinte de toux et elle vomit un gros flot de sang. Cinq minutes avant de mourir cyanose accusée.

On n'a pas trouvé de bacilles diphtériques, mais seulement des cocci, dans trois cultures successives de la gorge et du nez.

26 octobre. — *Autopsie*. — L'auteur attribuait la cause de cette hémorragie à une ulcération de la carotide interne probablement très petite qui n'a pu être retrouvée.

Abcès dans les deux amygdales.

Ulcération de la luette et du voile du palais.

La mort par hémorragie pharyngée est parfois un mode de terminaison de l'angine gangréneuse, qui peut être une affection primitive ou être au contraire consécutive à une maladie autre que la scarlatine. On regardera plutôt comme un type d'affection à ulcération ces cas désignés parfois sous le nom de *pseudo-diphtéries*. Cette variété d'affection de la gorge est en général due au streptocoque, s'accompagne souvent de manifestations laryngées principalement après la rougeole et a une évolution grave.

§ 5. — AUTRES ORIGINES

A. — Abscess ossifluents

OBSERVATION LIV

(Klug, Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1907, t. II, p. 38.)

Abscess rétro-pharyngé d'origine auriculaire ; érosion de la carotide ; mort par hémorragie vingt-quatre heures après l'ouverture de l'abscess.

S... Suzanne, fillette de douze ans, a été reçue à l'hôpital le 12 septembre 1902, pour un écoulement purulent de l'oreille gauche, qui date de deux ans. Il y a un an, il s'est formé derrière l'oreille une tumeur assez grosse qui a été incisée par un médecin. Depuis, le pus s'écoule par cette fistule également.

L'oreille droite est normale. A gauche le pavillon est normal. Le conduit externe est rétréci concentriquement et rempli de pus fétide. Derrière l'oreille, sur le corps de l'apophyse mastoïde, se trouve une brèche qui, creusée en forme d'entonnoir, permet de sentir à une profondeur d'un centimètre, de l'os dénudé. De cette ouverture sort du pus qui humecte la peau avoisinante. Autrement l'enfant est bien portant.

15 septembre. — Avant qu'on pratique l'opération projetée, l'enfant a des frissons et commence une fièvre scarlatine qui dure jusqu'au 25 septembre. Ce jour, en faisant le pansement j'enlève de la brèche rétro-auriculaire un petit séquestre.

1^{er} octobre. — La plaie derrière l'oreille commence à se

nettoyer, l'écoulement diminue, pas d'odeur fétide. La plaie se rétracte en forme de cratère, et a une tendance nette à la guérison.

Il se forme dans la plaie un tissu bourgeonnant, d'un sang vif.

Depuis l'ablation du séquestre la guérison semble être dans la meilleure voie. Aucune complication ne paraissant imminente. Comme l'enfant était fatiguée et très affaiblie, je décide d'attendre quelques jours avant d'entreprendre l'opération, pour que l'enfant se rétablisse.

Le soir du 15 octobre, la température est de 39°7. Sur le côté gauche de la paroi postérieure du pharynx se montre une tumeur fluctuante de la grosseur d'un œuf de pigeon. Cette tumeur ouverte par incision laisse échapper la valeur d'une cuiller à bouche de pus. On conseille un gargarisme boriqué, et l'on décide l'opération radicale de l'oreille pour le lendemain.

16 octobre. — La malade étant sans fièvre. Elle expectore, le matin un peu de sang, mais se sent soulagée ensuite. Le matin, à dix heures, pendant la visite, la malade est pâle, mais se sent très bien. La paroi postérieure du pharynx bombait en avant, l'abcès s'était rempli de nouveau. Quelques instants après l'examen, la malade est prise d'une hémorragie abondante, d'apparence veineuse.

Bientôt elle expectore des masses fibrineuses plus ou moins grosses, longues jusqu'à 15 centimètres, et larges de 2 centimètres. Le sang est plus clair vers la fin de l'hémorragie seulement. Mais l'enfant devient de plus en plus pâle, et meurt malgré des injections d'ergotine, de camphre, d'éther. *L'Autopsie* donne les résultats suivants :

Tuberculose miliaire subaiguë généralisée, otite moyenne, suppurée chronique gauche, avec carie de l'apophyse mastoïde. Abscès rétro-pharyngé.

Le côté gauche du cou est un peu gonflé, le tissu fibreux au-dessous du maxillaire est œdématié. Entre le larynx et la colonne vertébrale, à la hauteur du muscle stylo-hyoïdien et surtout en arrière de ce muscle, latéralement voisinant avec les gros vaisseaux du cou, se trouve une tumeur élastique. La muqueuse du pharynx bombe en avant, elle est amincie et plusieurs fois perforée. Derrière la muqueuse et les muscles du pharynx se trouve une cavité de la grandeur d'un œuf de poule contenant un coagulum sanguin.

Cette cavité se continue en s'arrondissant jusqu'à l'os hyoïde en bas et jusqu'à la base du crâne en haut.

A gauche, la paroi de l'abcès est voisine sur l'étendue d'un petit pois de la carotide interne. Le vaisseau porte à cet endroit une infiltration hémorragique et est largement couvert de granulations. *La paroi de la carotide est très amincie à cet endroit et porte une perforation.* La tunique interne est colorée d'un rouge grisâtre, mais elle est partout lisse et luisante. La veine jugulaire est intacte, elle est séparée de l'abcès par une faible épaisseur de tissu conjonctif.

OBSERVATION LV

(Nuernberg, Arch. für Ohrenheilkunde, t. LXXXI,
1910, p. 201.)

Un jeune homme de quinze ans, à la suite d'une otite fait suppuration du sinus latéral, on draine la mastoïde et on lie la jugulaire, après cela le malade est soulagé; quelques jours

après, augmentation de la température ; en ouvrant le pansement il s'écoule du sang par la plaie. Le médecin croyant qu'il s'agit d'une artère périphérique cherche à la prendre avec une pince en écartant les deux lèvres de la plaie, un jet énorme de sang lui file le long de la tête, il constate une rupture de la carotide interne et lie la carotide primitive, la jugulaire externe et la thyroïdienne médiane.

La température descend.

Le malade sort guéri.

Il est probable qu'il s'était produit une artérite par inflammation environnante, ce qui a déterminé l'ulcération de la carotide.

OBSERVATION LVI

(Demarquay, Gazette des Hôpitaux, 1874, p. 417. —

Monod, Bull. Soc. Chir., octobre 1882.)

Ulcération de la carotide interne consécutive à une nécrose du maxillaire inférieur

Nécrose de la mâchoire inférieure, probablement d'origine dentaire chez un homme de soixante et un ans.

Suppuration très abondante et très fétide se faisant jour par la bouche. Hémorragie subite par la bouche qui se renouvelle le lendemain, foudroyante. Mort en cinq minutes.

Autopsie. — Vaste foyer purulent sous-angulo-maxillaire, contenant le maxillaire nécrosé. Au fond, on découvre le paquet vasculo-nerveux de la carotide interne baignant dans la sanie putride.

Perforation de la carotide interne à 4 centimètres de son

origine ; orifice vertical, 6 millimètres de longueur, à bords déchiquetés ; les tuniques de l'artère sont, à ce niveau, ramolles et imbibées de la sanie qui remplissait le foyer.

Cet homme avait toujours joui d'une bonne santé, et ne présentait aucun trouble diathésique. On n'observa aucun signe de septicémie.

A *l'autopsie*, pas d'abcès métastatiques. Il est difficile d'expliquer la lésion de la carotide autrement que par l'action du pus sur le vaisseau.

Nous rappelons l'attention sur la fétidité extrême de la suppuration qui persista malgré les lavages et les injections désinfectantes.

B. — Tumeurs de l'amygdale

OBSERVATION LVII

(Passaquay, thèse de médecine de Paris, 1873. —

Coulet, thèse méd. Nancy, 1912).

Lymphadénome de l'amygdale

*Anévrisme de la carotide interne ayant succédé à une
ulcération de ce vaisseau*

Homme de trente-cinq ans, à son entrée à l'hôpital, est en proie à une suffocation intense, présente une tuméfaction du volume d'un œuf de poule qui remplit la bouche et l'arrière-gorge, elle est rouge, violacée sans fluctuation manifeste.

Depuis la parotide jusqu'à l'angle de la symphyse du menton, existe une tuméfaction qui empiète en bas sur la région sus-claviculaire ; la peau qui le recouvre est peu distendue, a

conservé sa coloration normale ; la tuméfaction est dépressible sans qu'on puisse se prononcer sur l'existence de la fluctuation. Le larynx n'est pas dévié.

Le malade fait remonter à quatre semaines le début de cette tumeur, tant interne, qu'externe.

Quelques heures après son entrée, on pratique, dans la tuméfaction buccale, une ponction avec un bistouri ; il ne sort que du sang. Quand il s'est écoulé deux ou trois palettes de ce sang plutôt veineux qu'artériel, qui sort en nappe, on introduit un tampon de charpie pour parer à l'hémorragie. Le sang coule toujours, puis, au bout de cinq minutes, le malade pâlit et meurt.

À l'autopsie, on trouve la bouche remplie de caillots sanguins diffluent. La tumeur remplit la moitié droite de la cavité buccale, jusqu'à la paroi postérieure du pharynx. Les ganglions cervicaux et vertébraux sont tous hypertrophiés.

Le centre de la tumeur est rempli de caillots sanguins. Les veines jugulaires, l'artère carotide primitive, la carotide externe, passent au-devant de la tumeur et en dehors.

La carotide interne présente une dilatation anévrysmale.

L'examen de la tumeur démontre que l'on avait affaire à un lymphadénome.

Il semble qu'il se soit formé primitivement un lymphadénome, les parois artérielles ayant été détruites par la tumeur, il en est résulté la formation d'un anévrysme faux ; autour de cette poche, on trouvait une couche de caillots passifs.

C. — Ulcérations syphilitiques

(sont en général consécutives à des gommes)

OBSERVATION LVIII

(Mayo : Ehrmann. Bull. Soc. Chir., 1878, p. 766).

Un homme de vingt-trois ans, selon toutes les apparences syphilitiques présentait une ulcération profonde de l'amygdale droite qui s'étendait également au bord postérieur du voile du palais et à la partie voisine du pharynx et que recouvrait en un point un lambeau d'eschare de couleur gris cendré.

L'amygdale droite avait presque complètement disparu sous l'ulcération.

Il se produisit plusieurs hémorragies très fortes ; à la deuxième, le patient, en quelques instants avait perdu « près de deux livres de sang ».

C'est ce qui fait supposer que le vaisseau ulcéré avait été la carotide interne.

OBSERVATION LIX

(Smith, Med. Times and Gazette, 1865, t. I, p. 358

cité par Hermann Bull. Soc. Chir., 1878, p. 670).

Jeune homme, dix-huit ans, une hémorragie secondaire s'était produite pendant un accès de toux, au niveau d'un

ulcère du pharynx et de l'amygdale, à droite. Mort cinq heures après la ligature de la carotide primitive.

A l'autopsie.— Engorgement des ganglions cervicaux intérieurs ; *ulcération* phagédénique de l'amygdale droite et de ses abords ; perforation de 2 à 3 millimètres de diamètre sur la *carotide interne*, tout près de son entrée dans le canal carotidien.

II. — Chute d'eschare

OBSERVATION LX

(Chavasse : Société de Chirurgie, 6 juillet 1904).

Ligature de la carotide primitive droite pour une plaie par coup de feu de la région parotidienne.

Le nommé A, Arabe, âgé d'environ vingt ans, est apporté à l'hôpital de Blida, dans l'après-midi du 12 juillet 1894, pour un plaie du cou par coup de feu reçue quelques heures avant.

Le blessé est, aussitôt après son arrivée, transporté à la salle d'opération ; après nettoyage avec des antiseptiques chauds, je constate les désordres suivants : les parties molles de la région latérale droite du cou, l'extrémité inférieure de la glande parotide et la glande sous-maxillaire en entier sont dilacérées, le sterno-mastoïdien est emporté dans sa partie moyenne ; la plaie arrive jusque vers le bord du larynx et là s'est produit un décollement avec un éclatement de la peau qui remonte jusqu'au bord libre de la lèvre inférieure fendue dans toute sa hauteur vers le côté gauche du menton. La partie moyenne du maxillaire inférieur a disparu,

emportée par la charge ; la solution de continuité commence à la première prémolaire droite et s'arrête à la deuxième prémolaire gauche. L'os hyoïde est fracturé et sa grande corne du côté droit a disparu.

Les désordres sont donc très étendus et l'aspect des lésions est véritablement effrayant. Le blessé, qui a perdu beaucoup de sang, respire difficilement, expectorant à chaque instant du sang qui coule sur la trachée et les poumons.

Je procède immédiatement aux opérations ci-après :

1^{re} Laryngotomie intercricothyroïdienne et mise en place d'une canule à demeure pour parer à une mort menaçante par suffocation ;

2^o Ligature à la soie de l'artère faciale droite qui a été sectionnée à son passage vers la glande sous-maxillaire et donne beaucoup de sang ;

3^o Suture aux crins de Florence de la partie des téguments éclatés en arc de cercle, depuis la lèvre inférieure jusqu'à droite de l'os hyoïde.

16 juillet. — Hémorragie dans l'après-midi. Le médecin aide-major de service appelé enlève la gaze, mais déjà le sang s'était arrêté spontanément et la source de l'hémorragie n'est pas découverte. Température 37°4 le matin, 38 degrés le soir.

17 juillet. — A cinq heures du soir, nouvelle hémorragie qui s'est également arrêtée spontanément lors de mon arrivée.

J'explore néanmoins la plaie dans toutes ses anfractuosités et, à la partie supérieure, s'enfonçant sous la parotide, je découvre un diverticulum bouché par un caillot fibrineux. Celui-ci enlevé, un flot de sang noir s'échappe, que la compression sur la carotide primitive n'arrête pas. L'index porté dans ce diverticule arrête l'hémorragie et me permet de recon-

naître qu'elle ne provient pas des carotides, mais d'un vaisseau situé immédiatement en arrière d'elles, évidemment la jugulaire interne largement dilacérée.

Un tamponnement serré à la gaze iodoformée arrête cette hémorragie. Température 37 degrés le matin, 38°5 le soir.

19 juillet. — A la suite de visites reçues pendant lesquelles il a causé longuement et s'est agité, une nouvelle hémorragie se déclara, aussitôt arrêtée par l'infirmier de garde auprès du blessé; température 38 degrés le matin, 38°5 le soir. Le malade s'alimente suffisamment. Il n'a pas de signes d'infection générale ni pulmonaire, mais il est sensiblement affaibli par ces hémorragies successives.

20 juillet. — Dans la matinée, vers neuf heures et demie, alors que ma visite était terminée, je suis appelé pour une hémorragie nouvelle. Je constate que, cette fois, le sang n'a plus la couleur du sang veineux, mais présente tous les caractères du sang artériel; il est rutilant et animé de battements, et l'écoulement s'arrête par la compression de l'artère carotide primitive. La situation est pressante et je pratique sur-le-champ la ligature de l'artère carotide primitive au lieu d'élection.

Une crise d'épilepsie jacksonnienne se produit, dure quinze à vingt secondes, puis tout se calme.

A cinq heures de l'après-midi, nouvelle hémorragie que n'arrêtent ni la compression ni les pinces hémostatiques, et la mort arrive à cinq heures et demie.

Autopsie. — A côté de la fracture du maxillaire et de celle de l'os hyoïde, en somme banales, les plaies vasculaires seules offraient de l'intérêt.

La veine jugulaire interne du côté droit présente :

1° Une perte de substance latérale de 2 centimètres de lon-

gueur et d'environ $1/2$ centimètre de largeur, située à hauteur des plaies des deux artères décrites plus loin ;

2° Quatre traces de petites plaies par grains de plomb ayant traversé le vaisseau.

Les artères carotides externe et interne du côté droit sont blessées toutes deux à la même hauteur de 2 centimètres environ au-dessus de la bifurcation de l'artère carotide primitive. Elles ne sont ni sectionnées ni perforées par les plombs, mais toutes deux ont une large échancrure de $1/4$ de centimètre pour la carotide interne et de 1 centimètre pour la carotide externe. La lésion de cette dernière siège exactement vers l'émission de l'artère linguale.

Il s'agit de plaies par chute d'eschare, de contusion par grains de plomb.

Par suite de l'inflammation, les deux artères avaient contracté par leurs gaines une union tellement intime que leur séparation était impossible et que leur ligature, isolée sur le vivant à cette période de la blessure, n'aurait pu être pratiquée.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les affections qui occasionnent des ulcérations de la carotide interne sont de deux ordres : d'une part les ulcérations tuberculeuses, syphilitiques et néoplasiques, et d'autre part les abcès chauds ou froids.

Lorsqu'une ulcération pharyngée est assez profonde pour atteindre la carotide, il se produit souvent une hémorragie soudaine et rapidement mortelle (Smith), cependant si la lésion carotidienne est minime, l'écoulement sanguin est peu abondant mais répété et ne tarde pas, lui aussi, à mettre la vie du malade en danger (Graham).

C'est cette gravité de l'hémorragie qui fait penser à une lésion du vaisseau qui nous intéresse car, si les artères propres de l'amygdale peuvent donner lieu à des hémorragies graves, jamais elles ne présentent cette brusquerie et cette violence. Elles seraient plutôt dues à une lésion de la carotide externe ou de ses grosses branches, Müller (1) a donné un exemple d'érosion de la maxillaire externe, Watson (2) de l'artère linguale.

1. Müller, *Med. corresp. Blatt. von Wurtemberg*, 1888. — Zarfdjian, *loc cit.*

2. Watson, *New-York med. Journal*, t. LXIII, 1901. — Zarfdjian, *loc. cit.*

Il est souvent difficile de dire d'une façon exacte le vaisseau qui saigne, il est cependant important de retenir que dans la majorité des cas c'est la carotide interne qui est en cause.

Peu importe en réalité ce diagnostic précis : quand on se trouve en présence d'une hémorragie grave de la région carotidienne supérieure ou du pharynx ; lorsque cette hémorragie est rebelle à la compression et au tamponnement, il n'y a qu'un moyen suprême de l'arrêter, c'est la ligature de la carotide primitive, préférable à celle de la carotide externe ou interne, tout d'abord, parce qu'il faut agir vite et qu'elle est plus facile, à la portée de tout praticien et que d'autre part on peut opérer loin du foyer inflammatoire.

Nous pouvons, comme Delbet l'a fait pour l'ulcération des vaisseaux en général, diviser les symptômes d'érosion de la carotide interne au contact des abcès en quatre groupes et traiter en même temps le diagnostic de ces lésions.

I. — La perforation de l'artère se produit avant l'ouverture de l'abcès.

La poche, dans ces cas, peut augmenter brusquement de volume et prendre les caractères de l'anévrisme.

L'apparition de ces symptômes attire immédiatement l'attention, mais ils ont été rarement constatés

sauf par Wulff, Lyot et Petit ; cela tient sans doute à la coagulation rapide du sang dans la cavité de l'abcès, ce qui empêchera l'hémorragie d'être foudroyante au moment de l'ouverture de l'abcès. L'infection, cause de cette coagulation, gênera plus tard l'organisation du caillot.

Les formes d'abcès amygdaliens dangereuses pour la carotide sont difficiles à reconnaître, cependant dans ces formes graves l'envahissement des ganglions du cou est plus rapide et plus intense que dans les autres.

Lorsque les malades viennent consulter au stade tardif de l'évolution de la maladie, comme c'est souvent le cas, et qu'il existe déjà un gonflement considérable des ganglions du cou, si les antécédents manquent, il sera quelquefois difficile de distinguer un processus inflammatoire d'une tumeur de l'amygdale. Le lympho-sarcome, quand il est ulcéré, peut s'accompagner de fièvre et avoir un aspect rouge comme dans les angines. Certains épithéliomas et sarcomes ramollis de la loge amygdalienne, animés de battements communiqués par les vaisseaux voisins, peuvent simuler un anévrisme. Parfois même, comme dans l'observation de Passaguay, ils donnent lieu à un anévrisme faux. Mais ces tumeurs s'accompagnent souvent d'un ensemble de signes fonctionnels qui appartiennent presque exclusivement aux dégénérescences malignes de la muqueuse amygdalienne, ce sont : les douleurs spontanées, l'expectoration sanglante ou sanguinolente et l'apparition

précoce de l'adénopathie spéciale qui accompagne ces sortes de productions morbides.

Enfin pour lever tous les doutes, s'il en existe, on aura recours à une biopsie faite prudemment.

Étant donné un abcès pharyngien et latéro-pharyngien, la carotide est-elle érodée ou non ? l'ulcération sera évidente si on constate des symptômes d'anévrismes : souffle systolique à l'auscultation et pulsations visibles ou perceptibles. Le souffle a été rarement constaté, on a trouvé aussi des pulsations sans souffle comme dans le cas de Werner, toutefois les pulsations seules ne sont pas toujours caractéristiques d'un anévrisme, car la pulsation peut être transmise à l'abcès par une artère à parcours anormal. Pour différencier les pulsations fausses ou transmises, il faut tout d'abord ne pas soulever la tumeur, il faut la presser également de tous les côtés, ensuite après compression de la carotide primitive, dans le cas d'anévrisme, on doit trouver une différence de consistance de la tumeur.

Un trismus très prononcé peut gêner la vision de ces pulsations ; elles peuvent manquer complètement lorsqu'il se forme une coagulation, totale ou partielle du sang dans la cavité. La consistance de la tumeur renseigne peu sur cette coagulation car le plus souvent les abcès pharyngiens ont une consistance œdémateuse et rarement on y trouve une fluctuation nette.

Il est enfin un symptôme qui, lorsqu'il existe, facilite le diagnostic, les ecchymoses sous-muqueuses ;

au moment de la rupture vasculaire, le sang peut rompre les parois de l'abcès sans que la muqueuse pharyngée cède, il y a formation d'un hématome plus ou moins volumineux, pulsatile ou non; l'observation de Moty et Delporte nous en donne un exemple curieux, dans le cas de Dunn il s'était développé un hématome cervical.

La ponction exploratrice est un excellent moyen pour reconnaître la formation d'un anévrisme, cependant elle peut être négative lorsqu'il y a formation d'un thrombus, d'autre part cette ponction n'est pas sans danger car elle laissera un trajet, amorce possible d'une ouverture spontanée.

Les symptômes d'anévrisme étant constatés, on peut se demander si l'anévrisme est bien consécutif à une ulcération de la carotide. Les antécédents permettront facilement de le différencier des anévrismes traumatiques. Les anévrismes vrais sont excessivement rares et ne se rencontrent que dans un âge avancé : la syphilis, la goutte, l'artério-sclérose en sont l'étiologie habituelle.

Si à un anévrisme traumatique de la carotide interne s'ajoute un abcès péri-amygdalien, le diagnostic est très difficile. Duke (1) a vu un cas de ce genre qui, par sa rareté, mérite d'être cité :

« Un homme de trente-deux ans reçut dans la région parotidienne droite une pierre violemment lancée, il perdit connaissance et quelque temps

1. Duke, *Lancet*, 1848, t. 1, p: 233.

après il accusait un bourdonnement du côté droit de la tête avec céphalée. Un an après l'accident le malade se plaignant de mal de gorge alla consulter. On constata que l'amygdale et le pilier antérieur droits étaient enflammés, il existait une tuméfaction qui s'accrut les jours suivants, la tumeur était molle, élastique et très pulsatile.

« La tumeur ponctionnée au bistouri donna un jet violet de sang vermeil. La compression temporaire suivie de la ligature de la carotide primitive arrêta l'hémorragie et amena une régression rapide de cette tumeur.

« Le malade, vingt et un jours après l'opération, paraissait guéri, il commit alors quelques excès qui occasionnèrent une hémorragie mortelle. »

Nous rapprochons de cette observation une autre non moins intéressante de Ramos (1) dans laquelle un anévrisme de la carotide interne simulait une amygdalite aiguë :

« Une femme de trente-neuf ans présentait les signes d'une amygdalite suppurée. En recherchant le point de fluctuation maximum, le chirurgien trouva des battements indiquant un anévrisme de la carotide interne gauche. On lia la carotide primitive. La malade revue sept ans après était guérie. »

1. Alvaro Ramos, *Arch. de Medecine*, juillet 1912. — *Archivos brasileiro de medichina* n° 6, 1912.

II. — *Hémorragie brusque au moment de l'ouverture spontanée de l'abcès*

L'observation de Caytan que nous avons rapportée en est un exemple frappant ; il en était de même dans les cas de Méry, Norton, Claytan, Hall, Ehrmann, Turedy, etc. En général ces abcès avaient eu une marche normale, ils présentaient cependant des symptômes un peu plus accusés : température, dysphagie.

Mais en général rien ne pouvait faire prévoir cette issue fatale.

III. — *Lorsque l'hémorragie se produit au moment de l'incision chirurgicale*, comme dans les observations de Newcomb, Kaplan, Demarquay ; les cas de ce genre prêtent, on le comprend, à la critique : le chirurgien a-t-il incisé la carotide interne au moment de l'ouverture de l'abcès, carotide anormalement placée comme le croyait Chassaignac. Delbet pense plutôt que, dans la majorité des faits, la rupture de l'artère s'est produite au moment de l'évacuation de la poche. L'artère était ulcérée, mais une mince membrane maintenue par la pression du pus résistait encore. L'ouverture de l'abcès supprime la pression dans son intérieur, et la membrane n'étant plus soutenue cède d'autant plus facilement que l'écoulement du pus détermine une quinte de toux ou des efforts de vomissements qui augmentent la pression artérielle.

Il se produit en général un jet de sang énorme sortant par la bouche, dans certains cas tellement abondant que le malade succombe sur-le-champ à moins que le chirurgien n'arrête l'hémorragie par compression avec l'index introduit dans la plaie qu'il vient de faire, suivie si c'est nécessaire de la ligature de la carotide primitive comme le firent Chassaïgnac, Newcomb et plusieurs autres chirurgiens.

IV. — *La perforation artérielle se produit après l'ouverture de l'abcès*

Cette redoutable complication se produit à des intervalles très variables après l'ouverture spontanée ou chirurgicale de l'abcès.

Dans les abcès aigus l'érosion se fait en général dans les premières heures ou les premiers jours après l'ouverture.

Cette complication est survenue dans le cas de :

Clutton (Abcès sous-amygdalien),	quelques heures après.
Potemski (Abcès amygdalien)	} 24 heures après
Bodone (id)	
Klug (Abcès rétro-amygdalien)	
Kaplan (Abcès amygdalien)	} 2 jours après
Kleiper (id)	
Kaplan (Abcès du cou)	4 jours après
Travers (Abcès rétro-pharyngé)	5 jours après
Erichsen (id)	7 jours après

Nous voyons que dans ces abcès à marche aiguë le maximum de temps observé a été de sept jours.

Dans les abcès froids ganglionnaires du cou, ces limites sont beaucoup plus longues ; c'est ainsi que dans l'observation I que nous avons rapportée l'abcès a été ponctionné en mai 1913 et ce n'est qu'en novembre de la même année que l'abcès augmenta brusquement de volume et qu'une hémorragie se produisit peu après, nous indiquant ainsi le moment probable où se produisit l'érosion de la carotide et c'est seulement en janvier 1914 que l'ulcération fut assez étendue pour permettre une hémorragie mortelle.

CHAPITRE IV

Pronostic et traitement des plaies et ulcérations de la carotide interne extra-crânienne.

Les plaies de la carotide interne ont une gravité très variable et il est difficile de faire un pronostic d'ensemble ; si la plaie est grande, que le vaisseau communique largement avec l'extérieur, la mort à moins d'intervention rapide survient par l'hémorragie foudroyante comme dans notre observation II ; si au contraire la compression et la ligature de ce vaisseau sont pratiquées de suite, comme ce fut fait par Schwartz, Ure, Mayo, le malade peut être sauvé.

Une plaie minime et un long trajet du corps vulnérant au travers des tissus avant d'atteindre l'artère rendent le pronostic beaucoup plus favorable, car ils écartent le gros danger de mort immédiate par hémorragie, par contre, ils réunissent les conditions favorables au développement de l'anévrisme faux dont on guérit souvent le malade par ligature de la carotide primitive (Lewenstern, Boblio).

Le ramollissement cérébral, par embolie partie du foyer hémorragique (Joret) ou détachée d'un thrombus développé dans l'artère blessée (Fancello) est une complication grave et redoutable des plaies qui nous intéressent.

Sur les 12 observations des plaies de la carotide interne que nous avons réunies, la mort est survenue cinq fois, soit une mortalité de 41 0/0 ; une fois les suites furent inconnues, la guérison a été obtenue dans 6 cas, dans ces 6 cas la ligature de la carotide primitive fut faite sans que l'on observe aucune complication encéphalique grave précoce ou tardive.

Cependant Mettner (1) ayant lié la carotide primitive pour un anévrisme traumatique de la carotide interne chez un homme de vingt-cinq ans, son opéré mourut le douzième jour après avoir présenté une hémiplegie du côté opposé à la ligature.

Nous ne croyons pas pouvoir mieux faire pour indiquer le traitement de ces plaies artérielles que de rapporter ici l'intéressante observation de Michon citée par Richet :

« Une jeune fille reçoit à la partie inférieure de la
« section sus-hyoïdienne un coup de couteau qui
« pénètre obliquement au-dessous du sterno-mastoï-
« dien ; le sang jaillit en abondance, la malheureuse
« femme a le temps de traverser la rue en courant,
« et d'entrer chez un pharmacien où un médecin

1. Mettner de la Virginie, *Dict. des Sc. méd. (Amer, Journal* 1843, t V, p. 209.

« appelé de suite s'empresse d'introduire le doigt
« indicateur dans la plaie et de pratiquer comme il
« peut la compression. Michon, mandé en toute hâte,
« arrive, trouve la jeune fille exsangue, respirant
« encore, mais ayant le cou déformé par une énorme
« quantité de sang accumulé sous les téguments.
« Il introduit son doigt dans la plaie pour s'assurer
« de la direction de la blessure, et, au moment où
« il le retire, un jet de sang vermeil s'échappe. Plus
« de doute, la direction de la plaie, la couleur du
« sang, la rapidité de l'hémorragie épuisante, tout
« indique que la carotide est divisée. Sans perdre
« de temps, l'habile chirurgien prend son parti ;
« pendant que son doigt indicateur gauche com-
« prime le fond de la plaie, il agrandit les bords de
« l'incision, reconnaît alors que la carotide est divisée
« complètement en travers, lie d'abord le bout supé-
« rieur, puis le bout inférieur non sans peine, et
« l'hémorragie est définitivement arrêtée ».

C'est la même technique qui a été suivie par Schwartz et qui lui a permis de sauver un malade. Mayo en 1836, avait déjà utilisé cette méthode sans réussir à découvrir l'endroit exact où le vaisseau avait été blessé et pour arrêter l'hémorragie il lia la carotide primitive au-dessous de la bifurcation ; son malade guérit encore.

Ce procédé qui, en des mains expertes rompues aux difficultés de la chirurgie, donna de si bons résultats, peut-il être toujours conseillé ? Tout praticien peut-être appelé au cours de sa carrière à

donner les premiers soins à des blessés de ce genre. S'il est seul et qu'il ne puisse faire l'intervention que nous avons signalée, il pourra tout au moins arrêter l'hémorragie par un doigt introduit dans la plaie et lier la carotide primitive ; cette ligature à la région médiane du cou ne présente pas de grandes difficultés.

Elle peut être faite avec une instrumentation tout à fait restreinte : Terrier (1) rapporte le cas d'un jeune soldat, ayant reçu un coup de feu en arrière de l'angle de la mâchoire, à qui il fit cette opération sur le champ de bataille en se servant comme écarteur de tringles à rideaux...

La ligature de la carotide primitive n'arrête pas toujours les hémorragies ; ces récurrences après la ligature se voient surtout dans les ulcérations, ce sang peut venir de la carotide externe qui a des anastomoses faciales nombreuses avec celle du côté opposé, ou de la carotide interne elle-même par l'intermédiaire du polygone de Willis.

C'était pour éviter ce reflux du sang par la carotide externe que Mayo avait tenté la ligature de la carotide interne elle-même. Gordon Buck (2) fit aussi la ligature de la carotide interne chez un homme de trente ans, ayant une plaie dans la région parotidienne, suivie quatre jours après d'hémorragie secondaire.

Whyte a proposé, quand pour une raison quel-

1. Terrier, Soc. chir., 29 Juin 1904.

2. Gordon Buck de New-York, *American Journal* 1850, t. XXXI, p. 267 (*Dict. des Sc. méd.*).

conque la ligature de la carotide interne est rendue très difficile, de poser à la fois un fil sur la carotide primitive et la carotide externe, il conseille encore de lier la thyroïdienne supérieure qui presque toujours prend son origine près de la bifurcation.

Toutes ces ligatures ne peuvent empêcher le retour du sang par la large voie anastomotique qui lui est ouverte dans le crâne et qui est à notre avis la voie la plus importante ; il faudrait pour cela qu'on puisse intervenir directement sur la carotide interne à la base du crâne, opération périlleuse et très difficile.

Comme dans la plupart des cas, la ligature de la carotide primitive suffit pour arrêter l'hémorragie ; c'est elle qu'il faut préférer, car, au point de vue des accidents cérébraux, elle n'est pas plus dangereuse que celle de la carotide interne, elle est beaucoup plus facile et aussi sûre.

Le mode de traitement idéal de ces plaies de la carotide interne serait la suture artérielle, car elle n'entraînerait pas l'oblitération de l'artère, n'amènerait pas de troubles de la circulation cérébrale et éviterait ainsi les complications encéphaliques qui ont été signalées.

M. le professeur Weiss (1), a montré par une intéressante communication que les indications de la suture artérielle étaient assez restreintes : elles doivent être réservées aux plaies récentes et surtout

1. Weiss, Soc. de Méd. de Nancy, janvier 1913.

aux plaies latérales ; elles le sont encore par la situation anatomique de la carotide interne. Son siège profond rend seules les plaies de la portion initiale susceptibles d'être traitées par la suture.

De Launay (1), sutura avec succès une plaie siégeant au niveau de la bifurcation et produite pendant l'ablation d'une tumeur du cou ; il en existe encore trois observations à peu près semblables de Defrage, Garré, Gluck.

La suture latérale a été faite deux fois seulement pour des plaies latérales accidentelles, par Siegler et par Seggler. Dans tous ces cas, l'hémostase a été parfaite, et il n'y a pas eu d'accidents cérébraux ; il est donc juste de recourir à cette suture, quand les conditions sont favorables malgré l'amélioration de la ligature.

Lorsque le malade n'a pas été emporté par la première hémorragie et qu'il s'est formé un anévrisme faux, que faut-il faire ? Attendre ou intervenir immédiatement ? On a vu de ces hématomes pulsatiles guérir spontanément par simple compression, mais le plus souvent le malade est emporté par une hémorragie secondaire, aussi faut-il agir.

Si le blessé a perdu beaucoup de sang, si les hémorragies se répètent, si d'autre part le malade ne peut être surveillé, mieux vaut pratiquer sur-le-champ la ligature de la carotide primitive, c'est le procédé d'Anel.

1. De Launay. Soc. de Chir., 21 juin 1904.

Dans le cas contraire, il y aura avantage à patienter un peu avant de faire cette ligature, tout en soumettant le patient à une surveillance étroite, dans une clinique de préférence, pour permettre à la circulation cérébrale de s'établir peu à peu par la carotide opposée, et éviter autant que possible les complications encéphaliques.

La ligature lente et progressive, par le procédé de Doberaner ou celui de Smoler, que nous étudierons plus loin, sera particulièrement indiquée.

La méthode de Matas qui a été tentée par Mac Müller et Stanton (1) pour un anévrisme vrai, ne peut être utilisée pour les hématomes pulsatiles qui n'ont pas de paroi à proprement parler.

La méthode d'Antyllus, elle aussi est irréalisable, elle consiste en une ligature centrale et périphérique, ce qui nécessite la mise à nu de la carotide à la base du crâne, intervention difficile, souvent même impossible.

Jianu (2) a employé dans un cas un moyen ingénieux, il a obturé l'artère à son entrée dans le canal carotidien par un morceau de liège.

Le pronostic des ulcérations de la carotide interne est plus grave que celui des plaies. Si nous prenons la mortalité globale des 60 observations que nous avons rapportées, la mort est survenue trente-sept fois, soit 62 0/0.

1. Mac Müller et Stanton. *Annals of Surgery*, janvier 1910. (*Central Blatt für chirurgie*).

2. Jianu (Bucarest) *Journal de Chirurgie*, 1910, t. IV.

Dans ces 37 cas, la ligature avait été faite seulement cinq fois ; dans 2 cas, la mort peut être attribuée à la ligature, les trois autres blessés ont succombé d'hémorragie malgré la ligature. Sur les vingt et une guérisons, cette intervention avait été faite seize fois, sans autre complication qu'une hémiplegie passagère dans le cas de Lebram. Pepper a observé une paralysie d'une corde vocale.

Sur les 45 cas d'ulcération de la carotide au contact d'un abcès, l'ouverture spontanée est survenue trente fois, cela nous montre que le plus souvent les abcès qui occasionnent cette redoutable complication sont ceux que l'on n'a pas traités, que l'on n'a pas ouverts à temps. Chaque fois qu'un abcès du cou et en particulier un abcès amygdalien est diagnostiqué, il doit être évacué. Cependant dans 15 cas, une hémorragie abondante plusieurs fois mortelle a suivi cette incision ; malgré cela il faut inciser, car si l'ulcération est produite, mieux vaut que l'ouverture se fasse devant le médecin qui pourra arrêter l'hémorragie que de se produire plus tard loin de tout secours.

En principe, tout praticien ne doit pas se croire autorisé à ouvrir un abcès sans assistance, et dans la demeure du malade lorsqu'il a le moindre doute sur l'érosion de la carotide.

Les conséquences pourraient être fâcheuses pour lui et pour le patient ; pour le médecin qu'on accusera d'avoir par maladresse provoqué l'hémorragie, hémorragie qu'il ne pourra que difficilement arrêter

seul et qui entraînera peut-être la mort du patient.

L'examen minutieux d'un abcès du cou et surtout du pharynx s'impose donc avant d'y plonger le bistouri, et il évitera souvent bien des malheurs. Quelle n'a pas été l'émotion de Ramos (1), lorsqu'en cherchant le point de fluctuation maximum d'un abcès amygdalien pour l'ouvrir, il y a trouvé les battements symptomatiques d'un anévrisme !...

Si donc, après un examen approfondi, on a des doutes sur la possibilité d'une érosion, le malade sera transporté dans une salle d'opération. Le chirurgien, avant d'ouvrir l'abcès, disposera un aide prêt à faire la compression de la carotide sur le tubercule de Chassaignac, ou, pour plus de sûreté, la carotide sera dénudée et chargée sur un fil qu'il suffira de serrer en cas de danger.

Si les symptômes d'ulcération étaient évidents : pulsations, bruits de souffle, ecchymoses sous-muqueuses, on lierait avant tout la carotide primitive loin du foyer infecté.

L'abcès étant ouvert, s'il se produit une hémorragie, ou bien que cette hémorragie succède à une lésion autre, qu'est-ce qu'il faut-il faire ? La ligature de la carotide interne n'a été faite dans aucun cas, car il est difficile d'affirmer que ce n'est pas un autre vaisseau qui saigne, et on risquerait ainsi d'exécuter une opération sérieuse sans aucun bénéfice pour le malade ; cette ligature est plus difficile que celle de la caro-

1. Ramos, *Arch. de médecine*, juillet 1912.

tide primitive qu'on lui préférera, car elle n'est pas dangereuse, et pourra être faite loin du foyer infectieux, évitant ainsi la complication tardive redoutable qu'est la thrombose artérielle, cause presque fatale du ramollissement cérébral.

Pour justifier cette intervention il faut comparer rigoureusement les dangers de la ligature de la carotide à ceux de l'affection elle-même.

Dans nos 21 observations où la ligature a été faite la mort peut lui être attribuée 3 fois seulement, ce qui fait une mortalité de 15 o/o.

Il est assez intéressant de comparer ces résultats à ceux des plaies de la carotide interne ; sur les 8 observations que nous possédons où la ligature fut faite, en y ajoutant le cas de Mettaner dont le malade mourut avec une hémiplegie, nous ne trouvons d'autre complication encéphalique qu'une syncope passagère chez le malade de Pordou-Buck, cela nous représente une mortalité de 12 o/o.

Ces constatations sont encourageantes et montrent que la ligature de la carotide primitive ne présente pas toujours la gravité qu'on a bien voulu lui octroyer à condition qu'elle soit faite aseptiquement et que l'on ait soin de ne pas prendre dans la ligature le pneumo-gastrique ou le sympathique, causes fréquentes de complications immédiates.

Les statistiques de Lefort, en 1867, mortalité 54 o/o ; de Siegrist, en 1900, mortalité 33 o/o ; de Fourmes-traux, en 1908, mortalité 21 o/o, montrent d'une façon nette le bénéfice que cette opération a retiré

de l'asepsie qui écarte surtout les complications tardives.

Pour éviter les complications précoces qui résultent de la perturbation amenée dans la circulation encéphalique on a conseillé :

La ligature de la jugulaire interne qui a pour but de diminuer l'efflux du sang en même temps que son afflux ; Ceci (1) a extirpé sans accident la carotide primitive, la jugulaire interne et le pneumogastrique au cours de l'ablation d'un cancer branchiogène sans aucun accident.

Lardenois, envisageant le rôle du spasme, de la vaso-constriction produite par la ligature, pense qu'il y aurait avantage à faire respirer au patient quelques gouttes de nitrite d'amyle avant de faire la ligature, l'effet serait transitoire comme l'inhalation elle-même mais peut-être suffirait-il à parer au premier choc.

Enfin il existe une technique qui ne peut être employée dans les cas pressants, mais qui ne doit pas être négligée dans les autres, car elle donne des résultats excellents, nous voulons parler de la ligature lente et progressive qui peut être réalisée comme le faisait Doberaner avec un lien élastique et en serrant progressivement ce lien en caoutchouc. Smoler (2) a fait construire une pince spéciale qui permet d'exercer une compression profonde et

1. Ceci, Congrès de Chir., 1904.

2. Smoler, *Bétiago zur Klinische chirurgie*, t. LXXXII, janvier 1913

méthodique de l'artère jusqu'au moment de la ligature définitive. Il a obtenu de cette façon des résultats très appréciables puisque, sur trois ligatures faites sans compression préalable, la mort est survenue deux fois, tandis que sept autres cas avec compression méthodique ont guéri sans complication encéphalique.

La ligature de la carotide primitive n'écarte pas tout danger d'hémorragie ultérieure qui peut se produire par le bout périphérique de l'artère liée à son bout central. Sur nos 22 cas de ligature de la carotide primitive, en y ajoutant celui de Duke, ces hémorragies mortelles sont survenues trois fois. Dans le cas de Pitts, elle se produisait le lendemain de l'opération. Dans celui de Liston, cette complication survenait huit jours après, et enfin le malade de Duke succombait quatre semaines après.

Pour nous résumer, la mortalité à la suite de la ligature primitive et causée par cette ligature est de 15 o/o; or, si nous comparons ces chiffres avec les cas d'hémorragie de la carotide où cette intervention n'a pas été faite, nous trouvons que dans 34 observations de ce genre la mort est survenue trente et une fois, ce qui fait une mortalité de 88 o/o; cette disproportion est tellement considérable qu'elle nous amène à la conclusion suivante : dans tous les cas où le diagnostic ne comporte qu'une plus ou moins grande probabilité, il faut se laisser guider par les circonstances, le mieux est de transporter le malade dans une clinique où tout soit aussitôt prêt si la

ligature devient subitement nécessaire. Si le malade ne peut être soumis à une surveillance étroite, on pourra se croire autorisé à faire cette ligature.

CONCLUSIONS

Dans ce travail nous nous sommes efforcé de montrer les caractères souvent analogues des plaies et des ulcérations de la carotide interne extra-cranienne.

Les plaies accidentelles sont le plus souvent dues à des coups de couteau ou à des coups de feu.

Les plaies chirurgicales n'ont jamais été produites au cours de l'amygdalectomie, mais quelquefois par l'adénatome, il existait alors des anomalies vasculaires.

Les ulcérations se font le plus souvent au contact d'abcès amygdaliens ou d'adéno-phlegmon du cou (scarlatine) ; plus rarement dans la tuberculose ganglionnaire et les tumeurs malignes de cette région.

Le symptôme constant est l'hémorragie dont l'abondance varie avec les dimensions de la lésion vasculaire ; rarement il se produit un anévrisme faux.

Le diagnostic du siège de la lésion sur la carotide primitive, interne ou externe, est très délicat. Il est souvent difficile de différencier un phlegmon qui

s'accompagne d'ulcération de la carotide, d'un autre qui a une évolution normale.

Nous avons montré combien le pronostic est différent suivant que la lésion est traitée à temps par la ligature de la carotide primitive ou abandonnée à elle-même.

Cette ligature de la carotide primitive est le traitement de choix des hématomes pulsatiles de la carotide interne et doit être conseillée dans les hémorragies graves, par leur abondance ou leur répétition, même lorsqu'il n'existe que des doutes sur l'origine carotidienne.

Vu : Nancy le 19 janvier 1915
Le Président de la thèse

VAUTRIN

Vu : Nancy le 19 janvier 1915
Le Doyen,

E. MEYER

Vu et permis d'imprimer :
Nancy le 21 janvier 1915
Le Recteur de l'Académie

Ch. ADAM

Membre de l'Institut

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Angelo del Fabro*. — XIII. Congrès intern. de Médecine.
Paris, août 1900.
- Bacquelin*. — Th. méd. Paris, 1897-1898.
- Benjamin*. — Arch. für Obrenheilkunde, 1908, T. XXVI.
- Boblio*. — Raro caso diferita della faccia (Aneurisma falso della carotida interna). Lesione del vago e dell'ipoglosso (Giornale della R. Accademia, di Torino, 1905, n^{os} 1-2).
- Bodone*. — Rev. hebdomadaire de Laryngo, 1900, T. II, p. 293.
- Boulat*. — Arch. intern. de Laryngo, 1903, T. XVI, p. 381.
- Bourguet*. — Gazette des Hôpitaux, 18 septembre 1875.
- Caytan*. — Angine tonsillaire, mort par hémorragie (Gazette hebdomadaire, 9 mai 1862).
- Ceci*. — Congrès français de Chirurgie.
- Chassaignac*. — Médecine opératoire, t. I. p. 326.
- Chavasse*. — Soc. de Chir., 6 juillet 1904.
- Coulet*. — Th. méd. Nancy.
- Descoups*. — Anatomie de l'espace maxillo-pharyngien. région sous angulo-maxill. Thèse de Paris, 1908.
- Duke*. — Lancet, 1848, t. I, p. 233.
- Duplay et Reclus*. — Traité de Pathologie externe : cou.
- Dupuich*. — Des modes d'hémostase actuels dans les blessures des grosses artères par les armes à feu (Arch. de Médecine et de Pharmacie militaires, n^o 61).
- Chrmaun*. — Bull. Soc. Chir., 1878, p. 670.
- Fancello*. — Ferita della carotida interna destra e morte per flebotrombosi diffusa, e rammollimento cérébrale

- (Gazetta degli ospedali et delle cliniche, 26 juillet 1908).
- Galbarth Cormal.* — Arch. intern. de Laryngo, 1908, t. XXV, p. 663.
- Giraldès.* — Bulletin de la Société anatomique, 10 octobre 1854, t. XXIV, p. 298.
- Grisolle.* — Traité de Patho. interne, 1852, p. 200.
- Gordon Buck.* — Dict. des Sc. méd.
- Henking.* — Hémorragies inquiétantes après l'amygdalectomie (Rev. hebd. de Laryngo, 1906, t. I, p. 319).
- Jack.* — Rev. hebd. de laryngo., 1908, t. I, p. 176.
- Jianu.* — Journal de Chir., 1910, t. IV.
- Joret.* — Gazette médicale de Paris, 1840, t. VIII, p. 458.
- Kaplan.* — Arch. int. de Laryngo, 1907, t. XXIII.
- Keith.* — Archives de Médecine, 1851, t. XXIV.
- Kleiper.* — Rev. hebdo. de Laryngo., t. II, 1905, p. 661.
- Klug.* — Annales des mal. de l'oreille, 1904, t. II, p. 38.
- Lannay* (de). — Soc. de Chir., 21 juin 1904.
- Lebram.* — Deutsche Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, t. LI, 1906.
- Le Dentu.* — Mémoires de la Soc. de Chir., t. VII, p. 575.
- Le Dentu et Delbet.* — Traité de Chirurgie: Artères, 1911.
- Lee.* — Revue des Sc. méd. t. XVII, p. 151.
- Lewis et Coffin.* — Arch. intern. de Laryngo, t. XXXIII, p. 556, 1912.
- Liébault.* — Diag. et traité des ané. de la caro. int. et de la caro. ext. (Arch. gén. de Chir., 25 décembre 1912).
- Liston.* — Lancet, 1841, t. I, p. 855.
- Lyot et Petit.* — Gazette médicale de Paris, 1897.
- Mac Kernon.* — Arch. intern. de Laryngo., 1908, t. XXV.
- Mac Müllen.* — Central Blatt für Chirurgie, 1910, t. I.
- Mariantchik.* — Journal de Chirurgie, n° 1.
- Mayo.* — Lancet, 1836, t. II, p. 140.
- Méry.* — Bull. Soc. chir., 1870, t. XI.
- Mettaner.* — Dict. des Sc. médicales.
- Monod.* — De la perforation des artères au contact des

- foyers purulents ou inflammatoires (Bulletin de la Société de Chirurgie, 25 octobre 1882).
- Moy et Delporte.* — Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, septembre 1907.
- Muratet.* — Un cas d'ané. de la caro. int. Thèse de méd. Montpellier, 1883.
- Nason.* — Dictionnaire des Sciences médicales, t. XII.
- Newcomb.* — Arch. intern. de Laryngo., t. XXVI, 1908.
- Nuernberg.* — Arch. für Ohrenheilkunde, t. LXXXI, 1910, p. 201.
- Passaquay.* — Thèse de médecine. Paris, 1873.
- Piaget.* — Hémorragie grave consécutive à l'ablation des végétations adénoïdes (Revue hebdomadaire de Laryngo., t. XVIII, p. 1339, 1898).
- Poyet.* — Annales des Maladies de l'oreille, 1907, t. I, p. 319.
- Ramos.* — Anévrisme de la carotide interne simulant une amygdale aiguë (Arch. de Méd., juillet 1912).
- Rémecke.* — Fortschritte auf dem Gelichte du Röntgen Strahlen, t. XVI, 6 avril 1911.
- Rieffel.* — Les Rapports de l'amygdale avec les vaisseaux carotidiens. Paris, 1892.
- Rolleston.* — Arch. intern. de Laryngo, 1913, t. XXXV, p. 493.
- Schwartz.* — Journal de Chirurgie, 1911, t. VIII.
- Smoler.* — Beiträge zur Klinischen Chirurgie, t. LXXXII, n° janvier 1913.
- Sokolof.* — Rev. heb. de Laryngo., t. I, p. 639.
- Stanley.* — Lancet, 1859, t. II, p. 509; 1860, t. I, p. 35.
- Terrier.* — Soc. Chir., 29 juin 1904.
- Thompson.* — Rev. hebdomadaire de Laryngo., t. I, p. 592.
- Travers.* — Rev. hebdomadaire de Laryngo., 1903, t. I, p. 253.
- Tuffier.* — Bull. Soc. chir., 1905.
- Ure.* — Lancet, 4 juin 1859, vol. I, p. 559.
- Weiss.* — Soc. de Médecine de Nancy, janvier 1913.
- Werner.* — Über extracranielle anevrysmen der carotio interna (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1903, t. LXVII, p. 591).

Wüting. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1907, t. XC,
p. 7.

Wylie et Wingrave. — Arch. intern. de Laryngo., 1906,
t. XXII, p. 325.

Zarfdjian. — Les Complications des abcès amygdaliens,
Thèse de méd. Bordeaux, 1903.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE PREMIER. — <i>Introduction</i>	7
Historique.....	7
Anatomie. Aire de vulnérabilité.....	11
CHAPITRE II. — <i>Les Plaies de la carotide interne extra-</i> <i>cranienne</i>	17
Observations.....	17
Étiologie.....	40
Symptômes.....	46
Diagnostic.....	50
CHAPITRE III. — <i>Ulcérations de la carotide interne</i> ...	53
Étiologie et pathogénie (observations).....	53
Tuberculoses pharyngées et ganglionnaires.....	53
Absès périamygdaliens.....	62
Absès rétro-pharyngés.....	86
Suppurations secondaires (Scarlatine, influenza, diphthérie).....	91
Autres origines.....	101
A. Absès ossifluents.....	101
B. Tumeurs de l'amygdale.....	105
C. Ulcérations syphilitiques.....	107
D. Chute d'eschare.....	108
Symptômes et diagnostic.....	113
CHAPITRE IV. — <i>Pronostic et traitement des plaies et</i> <i>ulcérations de la carotide interne extra-cranienne</i> .	123
CONCLUSIONS.....	137
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	139

